

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 71

LA
MAISON DE PROSTITUTION
AU POINT DE VUE
SANITAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René CLÉC'H

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Médecine-Légale et de Psychiatrie

Né le 27 Septembre 1908, à PRAT (Côtes-du-Nord)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

**LA MAISON DE PROSTITUTION
AU POINT DE VUE SANITAIRE**

LA
MAISON DE PROSTITUTION
AU POINT DE VUE
SANITAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René CLÉC'H

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie

Né le 27 Septembre 1908, à PRAT (Côtes-du-Nord)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROILET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrie	X. (BONNET, agrégé.
Clinique des maladies des enfants	chargé de cours
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	MOURIQUAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	VILIARD
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	COURMONT
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	FLORENCE
Anatomie	MOREL
Histologie	MANCEAU
Physiologie	GUIART
Pathologie externe	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales	DOYON
Anatomie pathologique	LERICHE
Chirurgie opératoire	FROMENT
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	CADE
Médecine légale	FAVRE
Hygiène	FATEL
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacie et Pharmacologie	Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ROCHAIX
	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, président; DUMAS, assesseur;

GATÉ et SÉDALLIAN

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN LACASSAGNE
*Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
Médecin du Service Sanitaire de la Ville de Lyon*

Hommage de profonde et sincère reconnaissance. Il nous a inspiré ce travail et, par sa grande expérience des problèmes de la prostitution, nous a permis de le mener à bien.

Nous garderons le précieux souvenir de ces entretiens familiers, qu'en dépit de nombreuses occupations, il nous accordait libéralement et où nous admirions également l'ardeur de ses convictions et le charme de son esprit.

Nous avons toujours trouvé près de lui l'appui le plus bienveillant et nous lui exprimons ici notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. GOUIN
*Médecin des Hôpitaux de Brest
Directeur du Centre Antivénérien*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. GOERE
Médecin Principal de la Marine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

*Professeur de Clinique Dermatologique
et Syphiligraphique*

Officier de la Légion d'Honneur

Pour le très grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARLE

Qui a été à Lyon l'animateur du
Service Sanitaire.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. GATE

Médecin de l'Antiquaille

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES PREMIERS MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A MES MAÎTRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON
DES HOPITAUX MILITAIRES ET DE L'ÉCOLE
DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA MAISON DE PROSTITUTION AU POINT DE VUE SANITAIRE

Introduction

Maisons closes et maisons de rendez-vous

Le conflit déjà ancien qui oppose les théories abolitionnistes au principe de la surveillance des prostituées a pris, depuis quelques années, en France, un intérêt nouveau. En effet, sortant du domaine des discussions théoriques, les adversaires de toute réglementation — parmi lesquels figurent des moralistes, des sociologues, des juristes, des médecins — ont porté le débat devant l'opinion publique au moyen de conférences et d'appels, suscitant ainsi à travers le pays un mouvement en faveur de l'abolition du système actuellement appliqué. Ils se placent au triple point de vue de la loi, de la morale et de l'hygiène, s'attachant particulièrement à obtenir la suppression des maisons de tolérance, qui représentent le type le plus accompli de la prostitution surveillée (1). Plusieurs grandes villes ont déjà réalisé cette réforme et, dans quelques autres, elle est à l'étude.

Les conséquences qui peuvent en résulter sont assez importantes pour justifier une étude particulière de la question au point de vue sanitaire, celui qui, avant

(1) Appel aux Maires de France pour la fermeture des maisons de tolérance (13 mars 1931). Le texte en est reproduit dans la *Proph. Antivén.*, juin 1931.

tre un terme à leurs agissements. Malheureusement, leur renouvellement est incessant (Docteur Carle). S'il y a beaucoup de novices parmi elles, il en est aussi qui, bien que non inscrites, se font soigner spontanément : il serait donc préférable de réserver le terme de clandestines à celles qui se livrent habituellement à la prostitution *sans se soumettre à aucun contrôle sanitaire* (Docteur J. Bénech).

Quant aux prostituées surveillées, elles peuvent être *isolées* ou *en maison*.

Les premières (ou *femmes en carte*) sont soumises à certaines obligations de police. Mais surtout elles doivent suivre régulièrement les visites médicales et les séances de traitement qui ont lieu dans les Services de Salubrité chargés de leur surveillance.

Reste la dernière catégorie : celle des prostituées *en maisons de tolérance*.

Ces maisons doivent leur nom à l'autorisation (en style administratif, la *tolérance*) accordée à leur tenancière. Elles comprennent les *maisons closes* et les *maisons de rendez-vous*, en fait assez peu différentes. Les secondes répondaient, à l'origine du moins, à des goûts plus raffinés, mais il existe aujourd'hui de luxueuses maisons closes et des maisons de rendez-vous très modestes.

Dans certaines villes, comme à Paris, toutes sont soumises au même règlement et elles seraient exactement comparables si les maisons closes ne devaient occuper un immeuble en totalité, tandis que les maisons de rendez-vous peuvent être établies en appartement (Docteur L. Bizard).

D'une façon générale, les pensionnaires des maisons de rendez-vous sont moins strictement surveillées que celles des maisons closes : elles n'habitent pas la maison et s'y rendent seulement pour « travailler ».

Mais, même dans les maisons closes, les femmes ne sont plus, comme autrefois, de « véritables recluses, esclaves des tenancières ». Elles quittent la maison à leur guise et ne peuvent plus être retenues pour dettes. Sans doute ces prostituées préfèrent-elles une vie sédentaire, exempte de soucis matériels, à l'abri des intempéries et des tracasseries de la police (Docteur J. Lacassagne).

En tout cas « il ne faut pas se laisser émouvoir par le vieux cliché de l'esclavage misérable de ces femmes ; aujourd'hui elles entrent et sortent quand elles veulent et elles le savent parfaitement » (Docteur M. Carle).

Nous examinerons, dans ce travail, les conditions actuelles de la surveillance médicale tant des maisons closes que des maisons de rendez-vous. Nous aurons l'occasion de comparer cette surveillance avec celle des autres modes de prostitution et d'en montrer les avantages sanitaires.

Ayant envisagé le rôle des « maisons » dans la lutte contre les maladies vénériennes et les conséquences médicales de leur fermeture, nous concluerons à l'opportunité de maintenir, au moins provisoirement, un moyen de prophylaxie dont il serait dangereux de se priver.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La prostitution est aussi vieille que l'Humanité. La Genèse y fait allusion et la loi de Moïse prescrit : « Il n'y aura pas de prostituée parmi les filles d'Israël » (Deutér., XIII, 17).

Nous rappellerons ici brièvement l'histoire, non de la prostitution dans son ensemble, mais de « l'institution qui la symbolise le plus fidèlement » ⁽¹⁾, la *maison de prostitution*.

Parent-Duchâtelet, dans son livre classique (*De la Prostitution dans la ville de Paris*, 1836), s'exprimait ainsi à ce sujet : « *Les maisons publiques ont de tout temps existé, elles sont de tous les pays et n'ont offert que des modifications qui tiennent au climat, aux mœurs et aux habitudes de la société.* »

Les anciens auteurs nous ont rapporté les rites singuliers de certains temples antiques : selon Hérodote (*Hist.*, livre II), il y avait en Chaldée un temple consacré à la déesse Mylitta, « où les jeunes filles de Babylone, couronnées de fleurs, devaient se livrer, une fois dans leur vie, aux étrangers qui, en échange de leurs faveurs, leur remettaient une pièce de mon-

(1) D^r G. BÉRAULT (*Thèse*, Paris, 1903).

naie » et Valère-Maxime (II, 6, 15) cite, dans la ville de Sicca, près de Carthage, « un temple consacré à Vénus, d'où les femmes sortaient pour aller gagner leur dot en se prostituant ».

Les Phéniciens sacrifiaient à la déesse Astarté et la prostitution s'exerçait dans ses célèbres sanctuaires de Tyr et de Sidon. Les prophéties d'Ezéchiel (XVI, 24, 25) prouvent aussi que les lupanars n'étaient pas inconnus des Hébreux.

LA MAISON DE PROSTITUTION CHEZ LES GRECS. — La Grèce connut à son tour les prêtresses-courtisanes, et la débauche la plus honteuse sévissait à Athènes quand l'archonte Solon, pour en limiter les effets, songea le premier à soumettre la prostitution à un règlement et fonda des établissements publics, les « Dictérions », où des esclaves, venues d'Asie et entretenues aux frais de l'Etat, s'offraient pour une obole aux désirs des citoyens de la République. Le résultat que Solon escomptait fut obtenu, et le poète Philémon lui décerna le titre de « Bienfaiteur du genre humain ». « Bien des siècles plus tard, Saint Augustin; qui était un moraliste, et Saint Thomas d'Aquin, qui était un sociologue, approuvèrent ces mesures et la postérité fit de Solon le premier des Sept Sages de la Grèce. » (Docteur P. Mossé.) Les « dictérions » jouirent d'une grande faveur. On a même supposé qu'ils pouvaient déjà servir l'hygiène aussi bien que la morale, puisque le philosophe Ebulide, s'adressant à un de ses jeunes compatriotes, disait de leurs pensionnaires : « C'est à ces belles filles que tu peux acheter du plaisir... et cela sans le moindre danger. »

LA MAISON DE PROSTITUTION A ROME. — Athènes avait ses « dicterions », Rome eut ses « lupanars ». D'abord cantonnés autour des murailles de la ville (*summænia*), sous des voûtes (*fornices*), dans les quartiers éloignés de Subure et du Circus Maximus, ils finirent par gagner le centre de la ville et envahirent les abords mêmes du Temple de la Paix. Là s'élevaient les plus aristocratiques et les plus luxueusement installés ; un esclave spécial, le « bacario », y présentait l'eau destinée aux ablutions de la prostituée et de son client.

La description détaillée des maisons de prostitution de Rome et des autres cités romaines, que l'on trouve dans les textes de Pétrone, Juvénal, Plaute, Suétone, etc..., a été confirmée par des découvertes archéologiques faites à Pompéï en particulier. Signalé par une enseigne obscène, un Phallus le plus souvent, éclairé la nuit, le lupanar comprenait un corridor central sur lequel donnaient plusieurs cellules (*cellæ*) où brûlait une lampe fumeuse (*Juvénal*, VI, 131). Chacune était munie d'un écriteau portant le nom d'emprunt de la courtisane, ainsi que le prix qu'elle demandait et, le cas échéant, l'indication : « *occupata* » (Plaute, *Asin.*, IV, 1, 15). Les prostituées, habituellement des esclaves, étaient inscrites sur les registres des Ediles, qui leur délivraient une « *licentia stupri* », les autorisant à exercer leur honteux commerce et supprimant en même temps tous leurs liens de famille. Quant aux proxénètes (*lenones*), ils étaient frappés de déchéance civile. Dioclétien interdit même le mariage à leurs filles.

Sous l'Empire, la prostitution fut tour à tour strictement réglementée ou poursuivie avec acharnement ; et si certains empereurs, à l'exemple de Caligula, n'hésitèrent pas à en tirer profit en la soumettant à des impôts analogues au « *pornicon telos* » des Grecs, d'autres, comme Néron, ordonnèrent la fermeture des maisons publiques. Ceci n'arrêta en aucune façon le débordement des mœurs. Tout était devenu lieu de débauche, les bains, les auberges (*meritoria taberna*), les boutiques de barbiers et même de boulangers. En vain les empereurs du Bas-Empire, Marc-Aurèle, Théodose, Valentinien, essayèrent de réagir en supprimant définitivement les mauvais lieux. « Vains efforts ! La débauche devint si honteuse qu'en l'an 320 après J.-C. l'empereur Constantin toléra la prostitution, c'est-à-dire *un mal qui en évite un pire*. (Docteur Mossé). »

LA MAISON DE PROSTITUTION EN FRANCE. — Au Moyen Age, malgré les exhortations de l'Eglise, la débauche, léguée par les Romains, continua de sévir librement. Charlemagne, le premier, voulut reprendre les traditions d'Alexandre Sévère et de Théodose et nous lui devons les premiers éléments de la législation française en cette matière. En l'an 800 un édit capitulaire interdit complètement la prostitution : toute prostituée prise en flagrant délit devait être fouettée *coram populo*.

Ces mesures tombèrent dans l'oubli et, avec la féodalité, ce fut une recrudescence de la débauche publique. Au temps de Louis IX, les « *Maisons de Joye* »

abondaient et l'audace des ribaudes devint telle que le saint roi dut recourir à une prohibition absolue. C'était, s'il faut en croire Joinville, l'époque où les officiers qui accompagnaient le roi en croisade établirent, pour en tirer revenus, des mauvais lieux « *jusque à ung gect de pierre près et à l'entour de son pavillon* » (Joinville, *Histoire de Saint-Louis*). Mais cette rigueur amena dans les mœurs des désordres si graves que la tolérance fut rétablie. On rappela les ribaudes et l'on rouvrit les « *bordeaux* ».

A son retour de Palestine, en 1254, Saint Louis confirma ces règlements par des ordonnances qui servirent pendant plusieurs siècles de charte à la prostitution.

Depuis cette époque, de nombreux documents éclairèrent l'histoire des maisons de prostitution à Paris et dans les autres villes. Un des plus curieux, mais sans doute apocryphe, est la célèbre ordonnance de la reine Jeanne I^{re}, reine des Deux-Siciles et comtesse de Provence, par laquelle la *bonne reine* décide d'élever une maison de ce genre rue du Pont-Troué, en Avignon, près du couvent des Frères Augustins. Elle était dirigée par une baillive et soumise à une surveillance médicale : en effet, dit l'article 4, « *la reine veut que tous les samedis, la baillive et un chirurgien préposé par les consuls, visitent toutes les femmes ou filles du lieu de débauche et, s'il s'en trouve quelqu'une qui ait contracté du mal venant de paillardise, qu'elle soit séparée des autres pour qu'elle ne puisse donner ce mal à la jeunesse* ». Le règlement précisait aussi que les Juifs qui « s'y étant introduits en secret et par finesse, avaient eu affaire à quelqu'une des filles » s'exposaient à être

fouettés par la ville ; l'opinion voulait à cette époque qu'ils fussent plus que les autres atteints « *d'arsure, de lèpre et d'échauffaison* ». La plupart des villes du territoire eurent des maisons de ce genre, appelées *bordeaux* ou *clapiers* ; une redevance y était régulièrement perçue.

Les chroniques du Moyen Age rapportent les conflits qui opposèrent les prostituées aux prévôts de Paris ; ils les enfermèrent dans certains quartiers d'où il leur était interdit de sortir. De même les « *filles et femmes faisant péchez de leur corps* » durent revêtir parfois un costume différent de celui des bourgeoises.

En 1389, Charles VI, abrogeant les ordonnances des capitouls de Toulouse, « octroye aux filles de joye du bordel de la grande ville de Thoulouse que dorénavant elles puissent porter et vestir telles robes et chaperons, et de telles couleurs comme elles voudront ». Dès 1550 environ existait, en Espagne, à Valence, une maison de prostitution où, dit un chroniqueur de l'époque, « *il y avait deux medecins ordonniés et gagiés à la ville pour chacune semaine visiter les filles, à sçavoir si elles avaient aulcunes maladies poques, ou aultres secrètes, pour les faire vuidier du lieu* ».

Les maisons furent tolérées jusqu'en 1560. A cette date, un édit des Etats d'Orléans décida la suppression complète de tous les lieux de prostitution sur l'étendue du royaume de France. Le résultat de cette prohibition fut un pullulement des repaires clandestins, plus dangereux encore. Cet édit fut appliqué jusqu'à Henri IV qui reprit la tradition de tolérance. Il en fut ainsi jusqu'à la Révolution.

La Convention supprima pratiquement la réglementation. Elle fut rétablie par le Consulat (arrêté du 12 Ventôse, an VI) qui, devant le danger que faisait courir à la santé publique le libre exercice de leur métier, obligeait pour la première fois les prostituées à se soumettre périodiquement à un *contrôle médical préventif*.

C'est de ce jour que date cette formalité que les prostituées appellent « *la visite* » (D^r Mossé). L'idée de cette visite sanitaire avait d'ailleurs déjà été formulée par les lieutenants de police Voyer d'Argenson (1714) et Berryer (1747). Aulas, en 1762, voulait que toutes les filles sans exception fussent assujetties à des visites faites par des chirurgiens attachés à la Police et Restif de la Bretonne, à la fin du XVIII^e siècle, dans son célèbre ouvrage, le *Pornographe* (1769), préconisait la création, à Paris, d'un vaste sérail « où la prostitution, soumise à une surveillance de tous les instants, pourrait s'exercer sans danger ».

L'origine des Services Sanitaires actuels remonte donc aux premières années du siècle dernier. En 1805 fut établi, à Paris, rue Croix-des-Petits-Champs, sous le nom de Salle de Santé, un véritable dispensaire où les prostituées devaient se rendre toutes les semaines pour y être visitées et verser une somme mensuelle de 12 livres. A Lyon, le Service fut inauguré en 1803, par le commissaire de Police Dubois; la visite avait lieu une fois par mois dans les maisons de tolérance (D^r Gerbenne. *Thèse de Lyon*, 1930).

Le Préfet Impérial Pasquier multiplia les maisons de tolérance parisiennes pour « servir les bonnes mœurs » et une ordonnance de Police du Préfet De Belleyrne rendit l'entrée en maison obligatoire pour les prostituées n'ayant pas de domicile fixe. En 1830, le Dispensaire fut transporté à la Préfecture de Police où il fonctionne encore. En 1840, l'institution des maisons publiques fut étendue à la banlieue.

Par la suite, la plupart des villes de province s'inspirèrent de l'organisation parisienne. Depuis, d'heureuses modifications ont été apportées au système de 1802, sous le double effet de l'évolution des mœurs et des progrès de la science médicale.

CHAPITRE II

La surveillance médicale des maisons de prostitution

La surveillance des prostituées facilitant le contrôle indirect, mais permanent, des individus qui évoluent autour d'elles, a d'abord eu un caractère *policier* autant que *sanitaire*. Elles servaient d'indicatrices parfois involontaires et, par leur intermédiaire, la police, ne perdant pas de vue les délinquants de toutes sortes « vivant en communauté sentimentale et financière avec elles » (D^r E. Locard), pouvait aisément intervenir dans un milieu particulièrement suspect.

Si aujourd'hui encore la réglementation continue à rendre des services de ce genre ⁽¹⁾, ce sont avant tout des considérations d'hygiène et de préservation sociale qui motivent l'inscription et la surveillance des prostituées : les préoccupations sanitaires l'ont emporté et sont actuellement au premier plan, la mentalité de beaucoup de ces femmes exigeant cependant que leur surveillance revête au besoin un certain caractère d'obligation.

Quant aux maisons de prostitution, les services des mœurs les appréciaient moins pour les facilités de leur

(1) Prostitution et Surveillance des Criminels, par le D^r Edmond LOCARD. *Ann. des Méd. Prat. de Lyon*, avril 1931.

contrôle médical que comme centres de renseignements sur les souteneurs et les divers repris de justice qui les fréquentaient. Par la suite, depuis 1900 surtout, on a vu de plus en plus, dans les maisons de tolérance, un mode de prostitution permettant de soumettre à une surveillance sérieuse les femmes dont la clientèle est précisément la plus dense.

LES MÉTHODES NOUVELLES. — Les progrès réalisés par la vénéréologie depuis le siècle dernier, n'ont pas peu contribué à cette évolution. En effet, de nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement ont été découvertes qui ont complètement modifié les conditions de l'ancienne surveillance.

Les services sanitaires bénéficient aujourd'hui de moyens de diagnostic bactériologique et sérologique qui complètent et vérifient les résultats des investigations cliniques. La thérapeutique antisypilitique s'est enrichie de médicaments nouveaux dont l'action est plus rapide et plus efficace : ils ont réduit la durée du *blanchiment* et, appliqués régulièrement, ils évitent l'apparition de nouvelles manifestations contagieuses. Jointes à la sérologie, ils sont donc préventifs autant que curatifs. Nous ajouterons que leur application ne peut être nulle part aussi méthodique, aussi constante que *dans les maisons de prostitution*.

LES BASES DE LA SURVEILLANCE DES « MAISONS » EN FRANCE. — La prostitution n'ayant jamais été visée par une loi générale, sa surveillance est basée sur des arrêtés municipaux ou préfectoraux, selon que la

localité est soumise à une police municipale ou à une police d'Etat.

Aussi observe-t-on dans les différents régimes auxquels on la soumet une certaine diversité, atténuée cependant du fait des méthodes médicales qui, spontanément, tendent à l'unifier, du fait aussi de l'application des circulaires ministérielles, celle du 3 juillet 1929 en particulier, qui contiennent des prescriptions très judicieuses et valables pour toutes les villes.

Afin de connaître avec précision l'organisation actuelle de la surveillance des maisons telle que peut la réaliser une ville moderne, nous nous proposons d'abord d'en donner un exemple concret qu'il nous a été loisible d'examiner en détail, en l'occurrence celui de la ville de Lyon (1). Il nous permettra d'exprimer ensuite quelques considérations plus générales sur les conditions actuelles de la surveillance sanitaire.

L'EXEMPLE DE LYON. — Il existe à Lyon deux catégories de maisons de tolérance : les maisons closes et les maisons de rendez-vous. Les premières, au nombre de 5, occupent une cinquantaine de femmes. Les autres, dont la vogue est croissante, sont au nombre de 27 et ont un effectif de 130 femmes environ. Mais, contrairement à celles de Paris, ces deux catégories diffèrent sensiblement entre elles, tant par les

(1) Nous tenons à renouveler à M. le Dr J. Lacassagne l'expression de notre reconnaissance. Grâce à lui nous avons pu examiner sous ses différents aspects le fonctionnement du service sanitaire de Lyon et apprécier le mérite des médecins qui en ont la charge.

obligations des femmes qui les fréquentent que par les particularités de leur surveillance médicale.

LA SURVEILLANCE DES MAISONS CLOSES. — Les femmes des maisons closes sont toutes examinées une fois par semaine au Dispensaire du Service Sanitaire. Elles le sont aussi à leur *arrivée* dans une maison, de même qu'à leur *départ*. Les six médecins du service, spécialistes à compétence reconnue, placés sous la direction de M. le Docteur Carle, médecin-chef du Service Sanitaire, assurent la visite tous les jours à tour de rôle, chacun conservant le même jour de visite pendant au moins trois mois consécutifs. (Femmes de maison close, filles isolées en carte, filles bénévoles et, enfin, filles arrêtées par la police sont successivement et dans les mêmes conditions, examinées à chaque séance.)

Les locaux comprennent, au point de vue médical : une *salle d'attente*, une *salle de visite*, un *cabinet médical*. C'est dans ce dernier que, lors de la visite, « le médecin de service peut pratiquer des examens bactériologiques extemporanés, tels que recherches de gonocoques ou de tréponèmes.

« La salle de visite comporte un fauteuil à bascule placé en pleine lumière en face d'une fenêtre à vitre dépolie. Bien qu'il ait été baptisé du vocable de « chameau » par les filles qui l'utilisent, ce fauteuil est d'une ascension facile ; de la sorte, il n'y a pas de temps perdu pour la mise en position gynécologique.

« Dans cette salle se trouvent également un lit pour

petites interventions chirurgicales, un placard destiné aux médicaments et instruments de petite chirurgie, une armoire-bibliothèque où sont placés les fichiers et les livres... » (1).

Les femmes des maisons closes, comme les autres prostituées surveillées qui fréquentent le Dispensaire, doivent être munies : de leur carte d'inscription ; d'un carton sur lequel sont notés les dates et les résultats des diverses réactions sérologiques pratiquées (ces réactions sont obligatoirement renouvelées tous les *trois mois*) ; enfin, si elles ont des antécédents syphilitiques, d'un *cahier sanitaire* analogue à celui en usage dans les autres dispensaires, où sont inscrits la date du début de la maladie, les symptômes initiaux et les examens de laboratoire pratiqués à cette époque ; les pages suivantes indiquent les traitements successivement appliqués, avec le nom des sels employés et, le cas échéant, les incidents survenus, du fait d'intolérance médicamenteuse par exemple. En face sont reproduits les résultats des différents examens sérologiques, microscopiques, des analyses d'urine, etc... Ces cahiers, d'un type uniforme, sont distribués aux différents services sanitaires par les soins du ministère de la Santé Publique.

LA VISITE. — Quant à l'examen sanitaire proprement dit, autant il est gêné par la « gaucherie ou la mauvaise volonté » d'une prostituée inexpérimentée,

(1) Nous avons complété notre documentation en consultant l'intéressante thèse que le Dr Gerbenne, sous l'inspiration de M. le Dr Carle, a consacrée récemment au Service Sanitaire de Lyon. (*Thèse de Lyon*, 1930.)

une clandestine par exemple que l'on vient d'arrêter, autant il est facilité par les habituées des visites, les femmes des maisons entre autres, qui sont rarement des débutantes. La visite est alors constituée par une succession de gestes précis et automatiques, se déroulant toujours dans le même ordre et sans aucune perte de temps.

La femme monte prestement sur le fauteuil gynécologique et se met dans la position adéquate, les cuisses largement écartées. Le médecin palpe rapidement les régions inguinales, s'assure, d'une pression, que les glandes de Bartholin ne donnent pas issue à des sécrétions purulentes, vérifie de même les orifices des glandes de Skene et du canal urétral. Examen des muqueuses anale et génitale, complété, le cas échéant, par l'introduction du spéculum; puis inspection de la muqueuse buccale, la femme éversant elle-même devant l'observateur successivement les lèvres supérieure et inférieure tenues entre les pouces et les index. Enfin, coup d'œil sur le tégument en général.

Le médecin profite de la visite pour rappeler aux femmes, s'il est utile, les conseils de propreté personnelle et les précautions hygiéniques que leur intérêt le mieux compris leur commande d'observer. Il est remarquable de constater la confiance qu'il arrive à leur inspirer et le soin qu'elles mettent le plus souvent à suivre ses indications.

La visite fournit aussi au médecin l'occasion d'intervenir en dehors de la vénéréologie proprement dite; son attention est en effet fréquemment attirée sur des affections banales, parasitaires par exemple, sur des

troubles dentaires, etc... ou même généraux qui nécessitent des soins particuliers.

LES TRAITEMENTS. — Le rôle du médecin se limitait jadis à opérer un simple tri parmi les femmes : les porteuses d'accidents contagieux étaient hospitalisées, les autres pouvaient continuer leur « travail ». Tout se bornait là. Sous l'influence des découvertes récentes, ce rôle a pris un caractère *prophylactique*.

En dehors des séances de visite, deux matinées par semaine sont consacrées aux *traitements*. Au cours de l'une d'elles sont pratiquées les prises de sang pour *réactions sérologiques* ; l'autre est plus spécialement affectée au prélèvement et à l'*examen bactériologique* des différentes sécrétions suspectes.

Le Dispensaire dispose pour les traitements de toute la gamme des médicaments mercuriels, arsénicaux et bismuthiques.

L'HOSPITALISATION. — La constatation d'accidents vénériens contagieux, d'ailleurs plus rares, comme nous le montrerons, chez les femmes en maison que chez les autres prostituées, nécessite évidemment leur isolement momentané dans un service hospitalier. Les causes habituelles d'hospitalisation sont les lésions muqueuses ou cutanées de la syphilis primaire et secondaire, les accidents blennorragiques aigus (urétrite, bartholinite, métrite), les chancres mous et leurs complications, les végétations vénériennes, les maladies parasitaires communes enfin (phtiriasse, gale).

A Lyon, le service des prostituées contagieuses, si-

tué à l'hôpital de l'Antiquaille, est placé sous la direction de M. le Docteur Gaté. Les principes de son fonctionnement, en liaison constante avec le service sanitaire, ont été exposés en détail dans un intéressant article de MM. les Docteurs J. Gaté et P. Cuilleret (*Ann. des Méd. Prat. de Lyon*, avril 1931) : « En principe, écrivent ces auteurs, nous ne gardons les malades que le nombre de jours strictement nécessaire pour les *blanchir*, pour obtenir la disparition complète des lésions contagieuses qu'elles présentaient à leur entrée. »

Dès que ce résultat est obtenu, elles quittent le service, mais doivent obligatoirement continuer à se traiter selon le mode dit « ambulatoire ».

Quand il s'agit de végétations vénériennes, d'affections parasitaires, de chancres mous, quelques jours de traitement suffisent à les guérir.

Pour la syphilis même, les délais de blanchiment sont actuellement très réduits. Elle est devenue beaucoup plus une maladie de dispensaire qu'une maladie d'hôpital.

C'est la blennorragie, avec ses manifestations aiguës ou ses complications, qui donne le plus de difficultés et nécessite les soins les plus prolongés. Nous aurons, par la suite, l'occasion d'y revenir. Voici la conduite adoptée à cet égard par les médecins lyonnais précédemment cités : « Il est souvent long, disent-ils, d'obtenir la disparition du gonocoque des sécrétions urétrales et génitales, sans compter que des complications relativement fréquentes, telles que bartholinite ou salpingite, peuvent imposer un traitement

chirurgical, ce qui n'est pas fait pour abrégér le séjour des malades à l'hôpital. En tout cas, ces prostituées ne sont rendues à leur vie habituelle qu'après vérification bactériologique de leurs sécrétions. Nous avons pour règle de ne les renvoyer que *lorsque deux examens successifs, pratiqués à quelques jours d'intervalle, n'ont pas montré de gonocoques*; dans ces conditions, on peut admettre qu'elles sont, *momentanément du moins*, non contagieuses. »

Il faut insister enfin sur le fait que les prostituées hospitalisées sont traitées à Lyon exactement comme les autres malades (soins médicaux, régime alimentaire, conditions matérielles identiques), « avec cette seule réserve, dont les raisons sont faciles à comprendre : privation de sorties au dehors ». D'ailleurs les femmes se montrent rarement récalcitrantes pendant leur hospitalisation et tout moyen de coercition est le plus souvent superflu.

LA SURVEILLANCE DES MAISONS DE RENDEZ-VOUS.

— La surveillance des maisons de rendez-vous est, à Lyon, quelque peu différente de celle des maisons closes. Les femmes qui les fréquentent ne sont pas astreintes à posséder une carte d'inscription. Il suffit que leur nom soit porté sur le registre de la tenancière. La visite a lieu dans l'établissement même, à jour fixe, une fois par semaine; les médecins du Service Sanitaire l'assurent à tour de rôle dans chacun des trois groupes où sont réparties les maisons. Les examens y sont pratiqués en suivant la même technique qu'au dispensaire, mais toutefois dans des conditions

matérielles moins favorables. Les maisons de rendez-vous ne comportent pas toutes, tant s'en faut, ces vastes et luxueuses installations que l'on imagine couramment. La plupart, beaucoup plus modestes, ne possèdent pas de local exclusivement affecté à l'usage médical et n'offrent au médecin, pour sa visite, qu'une simple chambre de passe plus ou moins bien adaptée à cette destination momentanée. L'examen de la fille, parfois étendue sur un lit ordinaire, est pénible et gêné par un éclairage souvent insuffisant. Mais nous devons ajouter qu'actuellement, à la demande des médecins, presque toutes les tenancières se sont procuré le fauteuil gynécologique et l'instrumentation spéciale nécessaires à une visite minutieuse et aisée. Cet exemple montre combien la seule autorité du médecin peut provoquer d'utiles améliorations.

En cas de lésions contagieuses, les femmes de maisons de rendez-vous sont, en principe, traitées à l'hôpital. Mais, en général très soucieuses d'elles-mêmes, elles signalent spontanément au médecin le moindre symptôme anormal, et cela pour le plus grand bien de leur santé. Ajoutons qu'elles sont soumises à des réactions sérologiques trimestrielles comme les femmes de maisons closes, mais qu'elles ne subissent pas, obligatoirement du moins comme ces dernières, la visite de départ.

Toutes les femmes surveillées, quelles qu'elles soient, peuvent être examinées isolément en dehors des visites prévues quand elles sont l'objet d'une plainte leur attribuant une contamination vénérienne.

Nous devons signaler que, depuis un an, le Ser-

vice Sanitaire de Lyon, s'attachant particulièrement à la prophylaxie si difficile de la blennorrhagie, a créé des séances spéciales de dépistage et de traitement de cette affection. Les femmes de maisons, qui « *bien surveillées, se surveillent bien* », sont les plus assidues à les fréquenter. « Plus encore que la syphilis, la blennorrhagie est, pour la femme, affaire de traitement ambulatoire, et aussi de bonne volonté, surtout dans les formes les plus habituelles, latentes, torpides et sans symptômes inflammatoires. Il faut bien leur persuader qu'elles ont tout intérêt à se débarrasser de cette exsudation insignifiante qui les mènera à la salpingite et à l'intervention chirurgicale. Il faut donc qu'elles se soumettent docilement aux injections, cautérisations et autres procédés... le traitement est très long, incompatible avec l'hospitalisation, en dehors, naturellement, des périodes aiguës » (D^r Gerbenne). Dans ce but, une séance spéciale est consacrée chaque semaine à l'examen complet des femmes qui, sans présenter de symptôme caractéristique, ont été cependant jugées suspectes au moment de la visite.

D'après les résultats des différentes recherches, cliniques et bactériologiques, le médecin « leur donnera quelques conseils d'hygiène, ou bien leur indiquera le traitement à suivre, ou les précisions nécessaires pour les injections qu'elles pratiquent en général assez mal, la mise en place des ovules, le traitement interne. Et elles reviendront aux séances ultérieures pour les cautérisations, vaccins, etc..., pendant le temps nécessaire. Tout ceci sera consigné sur le carnet sanitaire, comme pour la syphilis ».

Cette organisation du Service Sanitaire de Lyon qui, évidemment, comporte encore la possibilité de nouveaux perfectionnements, n'est cependant pas à l'abri des critiques d'ordre médical adressées au principe même de la surveillance sanitaire. Nous les examinerons par la suite et plus particulièrement en ce qui concerne la surveillance des maisons de prostitution. Cependant il serait illogique de ne pas établir de prime abord une distinction fondamentale entre le contrôle actuel des prostituées et celui que l'on exerçait autrefois : nous avons indiqué comment, sous l'influence des découvertes thérapeutiques et sérologiques, les conceptions du Service des Mœurs se sont modifiées dans le sens prophylactique et sanitaire.

LES TRAITEMENTS NOUVEAUX. — Nous insisterons cependant sur la valeur et la variété de la chimiothérapie spécifique actuellement utilisée ; elle détermine rapidement « la stérilisation des lésions syphilitiques cutanées et muqueuses qui demandaient il y a quelque vingt ans encore des semaines pour se cicatriser » (D^r Gaté).

De plus, par l'application de traitements antisypilitiques chroniques, intermittents et réguliers (Professeur Nicolas), le médecin prévient l'apparition de lésions contagieuses éventuelles et ne se borne plus à guérir les manifestations actives de la syphilis.

LA SÉROLOGIE. — Quant aux recherches sérologiques, elles ne sont pas seulement utiles au choix des médicaments et au contrôle de leur action ; leur im-

portance apparaît encore quand on sait combien fréquemment la syphilis évolue sans se dévoiler par aucune manifestation extérieure cliniquement appréciable, les phases initiales de la maladie ayant pu d'autre part, surtout chez la femme, passer complètement inaperçues. Peut-être même certaines n'ont-elles en réalité, à aucun moment, présenté de manifestations extérieures de leur infection. Or, de tels sujets qui semblent indemnes peuvent être aussi contagieux que s'ils étaient atteints d'une syphilis évoluant normalement. Il y a par conséquent un grand intérêt prophylactique à les dépister et à les traiter.

La nécessité de pratiquer des réactions sérologiques régulières et systématiques chez les prostituées, est aujourd'hui partout admise. A l'exemple de Nancy (Professeur Spillmann), de Brest (Docteur Gouin), etc..., la réaction de Wassermann obligatoire a été introduite à Paris en 1928, par le Docteur L. Bizard, qui, l'ayant d'abord appliquée aux femmes de maisons pour l'étendre par la suite à toutes les prostituées, a pu faire les constatations suivantes (*Bull. Soc. Derm.* 12 juillet 1928) : une statistique générale lui indiquait que sur 339 pensionnaires de maisons de tolérance, 84 (soit 25 %) présentaient une séro-réaction positive. Quant aux femmes fréquentant les maisons de rendez-vous, la proportion était de 230 résultats positifs sur 1.106 examens (un peu moins de 20 %). Au Dispensaire Toussaint-Barthélemy « où les femmes sont connues, étant là un peu chez elles, et peuvent donner des détails qu'il est difficile de se procurer ailleurs », sur 432 femmes examinées, 102 présentaient des B. W.

positifs et 330 des B. W. négatifs, se répartissant ainsi au point de vue de leurs antécédents :

	BW+	BW—
Syphilitiques de plus de 2 ans : 217....	40	177
Syphilitiques de moins de 2 ans : 59....	14	45
Sans antécédents : 156.....	48	108

75 % de ces femmes étaient syphilitiques (la plupart ayant été contaminées alors qu'elles étaient prostituées clandestines), 25 % seulement étaient indemnes. Donc, si l'on ne tient pas compte des syphilis méconnues révélées par le W., on peut admettre que « sur l'ensemble le nombre des W. positifs est assez faible puisqu'il atteint à peine 54 ». (« Cela prouve que ces femmes se traitent et cela d'autant mieux que, ne pouvant échapper à la visite comme femmes de maisons, elles comprennent qu'il est à tous points de vue de leur intérêt de se soigner... »). Mais 48 de ces femmes de maisons, soit 10 %, étaient syphilitiques et peut-être contagieuses sans le savoir, leur syphilis ayant été révélée seulement par le Wassermann.

Les avantages des réactions sérologiques régulières sont suffisamment démontrés par un tel exemple. Il est ainsi possible de traiter aujourd'hui un grand nombre de syphilis autrefois méconnues : syphilis anciennes que l'on croyait guéries, ou syphilis asymptomatiques dont une sérologie positive constitue la seule manifestation.

COMPARAISON AVEC LES AUTRES PROSTITUÉES. — On peut faire, à propos du Service Sanitaire de Lyon et de la façon dont il s'applique aux différentes caté-

gories de prostituées, quelques remarques valables également pour toute autre ville.

En effet, si en principe toutes ces femmes sont soumises à une surveillance médicale identique, il n'en va pas de même en pratique. Quelle que soit l'organisation d'un service sanitaire, celui-ci ne peut être à l'abri de certaines imperfections, dues pour une part à la mentalité même du milieu spécial dans lequel il intervient et où l'on trouve plus encore que partout ailleurs « des récidivistes, des mauvaises têtes, des alcooliques et des esprits faibles » (D^r J. Siau). Ceci explique les difficultés qu'il y a parfois à obtenir des présences assidues et régulières tant aux visites qu'aux séances de traitements. Les diverses sanctions dont le service des mœurs peut éventuellement disposer à leur égard (amendes, incarcération) n'empêchent pas quelques sujets de s'y exposer délibérément par négligence ou par mauvaise volonté. Les retards et les absences aux visites ont fréquemment aussi pour cause une maladie vénérienne en dépit de laquelle la femme s'obstine à continuer son « travail » : les statistiques d'examens sanitaires indiquent toujours une morbidité vénérienne beaucoup plus forte chez les femmes en carte arrêtées pour contravention aux règlements, que chez celles qui viennent normalement à leurs visites.

Par définition, les femmes de maisons closes ne peuvent échapper ainsi au contrôle sanitaire ni continuer à répandre impunément leur maladie. De plus, nous avons déjà insisté sur ce point, « elles sont, parmi toutes les prostituées, les plus disciplinées et les plus soucieuses de leur santé ». Les malades sont ha-

bituellement négligents et nonchalants. Les prostituées n'échappent pas à cette règle : « Elles sont ennemies du moindre effort et facilement oublieuses... il est donc nécessaire de leur rappeler sans cesse leurs obligations. » (D^r L. Bizard) ; ce sont précisément les pensionnaires des maisons qui, étant très régulièrement surveillées, se montrent les plus dociles et les plus attentives à suivre les indications qui leur sont données.

D'autre part, la tenancière (ou la sous-maîtresse), agent responsable, joue le rôle d'une auxiliaire du médecin, examinant elle-même ses filles, les astreignant à des soins réguliers, contrôlant leurs traitements, etc.

Il en est de même des femmes de maisons de rendez-vous. Elles sont, elles aussi, examinées très régulièrement et soignées avec ponctualité. Cependant leur surveillance n'est pas aussi stricte ; c'est ainsi qu'elles ne sont pas astreintes, avant de quitter l'établissement, à la visite *de départ*, obligatoire dans les maisons closes. Enfin il arrive que des maisons de rendez-vous abritent des prostituées non inscrites sur le registre de la tenancière.

A la vérité, le Service Sanitaire n'est pas désarmé vis-à-vis de ces quelques inconvénients (possibilité de visites inopinées, etc...), mais le système des maisons closes permet de les éliminer complètement.

LA SURVEILLANCE DES « MAISONS » EN FRANCE. —
La surveillance des prostituées qui, selon les cas, dé-

pend de l'autorité municipale ou de l'autorité préfectorale, ne revêt pas, de ce fait, un type uniforme dans notre pays ; mais bien que dans les diverses localités elle comporte encore des variations de détail, elle a cependant fait l'objet, ainsi que nous l'avons déjà dit, de circulaires ministérielles contenant des directives générales applicables à toutes les villes et tendant à l'unifier. Les plus importantes sont celle de juin 1919, rédigée par M. Faivre, et celle du 3 juillet 1929, élaborée sous la direction de M. le Docteur Cavaillon, Médecin-Chef du Service de Prophylaxie des Maladies Vénériennes au ministère de la Santé Publique.

La première envisageait notamment les nécessités hygiéniques des maisons de tolérance (cabinet de visite et son installation sanitaire ; dispositifs de toilette ; mobilier, chambres séparées, etc...). Elle préconisait l'institution d'un contrôle sérologique et bactériologique ; elle établissait aussi la nécessité des traitements ambulatoires d'entretien, en l'absence même de toute manifestation contagieuse.

Les dispositions de la circulaire du 3 juillet 1929 sont particulièrement importantes et nous nous proposons d'en citer les passages qui, directement ou indirectement, intéressent la surveillance des maisons de tolérance.

Cette circulaire, adressée aux Préfets des départements, précise d'abord, dans les termes suivants, les conditions qui permettent d'en généraliser l'application :

*Le Ministre de l'Intérieur et le Ministre du Travail à
MM. les Préfets.*

Dans tous les cas où existe dans votre département une ville dotée des services de la police d'Etat, vous voudrez bien prendre dès maintenant les dispositions nécessaires pour que les mesures prescrites par les présentes instructions soient immédiatement appliquées... En ce qui concerne les villes possédant une police municipale, vous voudrez bien insister auprès d'elles pour les engager à organiser leur contrôle de service sanitaire des prostituées conformément aux présentes instructions.

Vous leur indiquerez que ce faisant, elles bénéficieront, conformément à leurs besoins réels du concours financier de l'administration de l'hygiène en vue d'une participation effective au traitement du personnel médical et du personnel auxiliaire. La fourniture gratuite des médicaments spécifiques sera également accordée dans les mêmes conditions que pour les dispensaires antivénériens.

Si certaines communes préférèrent ne pas modifier leur organisation actuelle, vous voudrez bien me faire connaître d'une façon détaillée le fonctionnement de celle-ci et s'il résulte de cet examen que les conditions de fonctionnement du contrôle sanitaire sont défectueuses, il sera alors nécessaire de les informer... qu'elles s'exposeront à voir vos pouvoirs se substituer à ceux des maires...

La surveillance sanitaire de la prostitution fait l'objet des instructions suivantes qui s'appliquent, les unes indifféremment à toutes les prostituées, isolées ou en maison, les autres plus spécialement à ces dernières.

NOMINATION DES MÉDECINS

La nomination par les Préfets dans les villes dotées d'une police d'Etat, par les maires dans les villes dotées d'une police municipale, des médecins chargés du service sanitaire devra être soumise à l'agrément du Ministre de l'Hygiène, agrément qui sera accordé :

1° S'il s'agit d'un spécialiste à compétence reconnue (professeur d'école ou de faculté, chef de clinique, médecin spécialisé du dispensaire antivénérien de la ville, médecin nommé au concours...).

2° S'il s'agit d'un médecin présenté sur résultats d'un concours sur titres ou sur épreuves, dans le jury duquel auront été compris : le professeur de dermato-syphiligraphie de la faculté ou de l'école de médecine dans le ressort duquel se trouve le dispensaire, un représentant du ministère et, si possible, un représentant des syndicats médicaux.

3° S'il s'agit d'un médecin dont l'agrément est demandé par la commission de prophylaxie des maladies vénériennes, jugeant sur le vu d'un rapport présenté par le service de prophylaxie des maladies vénériennes du ministère de l'hygiène.

En cas de plusieurs candidatures la préférence sera donnée au médecin le plus compétent en dermato-syphiligraphie et, si possible, au médecin déjà chargé du dispensaire antivénérien...

LOCAUX

Les locaux de visite sont en général défectueux. Il semble que l'on se soit surtout préoccupé de choisir ces locaux aussi près que possible du quartier où les femmes se rencontrent en plus grand nombre, et de faire le minimum de dépenses pour l'installation d'un service considéré à tous égards comme peu intéressant. On a utilisé dans beaucoup de villes des immeubles exigus, mal disposés, mal éclairés et d'aspect misérable, au voisinage immédiat des maisons de tolérance. L'emploi de locaux municipaux n'est souvent pas plus heureux.

Il faut rompre avec ces pratiques aussi fâcheuses au point de vue du contrôle médical qu'à celui de l'impression produite sur les femmes qui en sont l'objet.

Les locaux de visite doivent être évidemment placés de préférence sur une voie peu fréquentée et le plus près possible du quartier de la prostitution, mais avant tout dans un immeuble convenable et adapté à cette destination.

VISITES DES FEMMES EN MAISONS

Les femmes en maisons sont généralement visitées dans les maisons mêmes. Cette pratique est admissible dans la mesure où les conditions matérielles y sont suffisantes. Il appartient aux maires d'exiger qu'elles le soient, notamment au point de vue de l'éclairage.

Un point important en ce qui concerne les maisons de tolérance est celui des visites à *l'arrivée et au départ des femmes*, au départ surtout, ce départ étant précisément motivé, dans un grand nombre de cas, par leur état de santé.

VISITES DANS LES MAISONS DE RENDEZ-VOUS

Pour les maisons de rendez-vous, les visites sanitaires doivent avoir lieu dans les mêmes conditions que pour les maisons de tolérance, car le fait que les femmes peuvent être inscrites seulement sur le registre de la maison ne modifie en rien la situation au regard du médecin chargé de s'assurer de leur état sanitaire. Celui-ci sera exclusivement médecin de l'administration. Si les femmes fréquentant la maison de rendez-vous sont inscrites sur le registre municipal, elles n'ont pas à être examinées nouveau.

CONTROLE SANITAIRE

Technique du dépistage.

Nous avons dit plus haut que l'examen médical de dépistage préventif et de contrôle doit avoir lieu deux fois par semaine ou plus si nécessaire ; cet examen doit être complet : 1° examen clinique ; 2° examen bactériologique (recherche du gonocoque) ; 3° examen sérologique.

Examen clinique.

Il suffira d'insister sur la nécessité d'un examen complet et méticuleux.

Contrôle bactériologique.

Les services importants devront posséder eux-mêmes le matériel de laboratoire nécessaire et procéder aux examens par leurs propres soins.

En cas d'impossibilité, une entente précise devra être établie avec le laboratoire départemental, municipal ou hospitalier le plus proche, afin que les examens soient faits en série sans que, dans aucun cas, on puisse invoquer des difficultés d'ordre pratique pour ne pas procéder à ces examens.

Contrôle sérologique.

Le contrôle sérologique est obligatoire, comme le rappelait déjà la circulaire du 1^{er} juin 1919. Les laboratoires centraux de sérologie sont à la disposition gratuite des services de salubrité. Néanmoins, après agrément par le Ministre de l'Hygiène, les grands services pourront procéder eux-mêmes de façon autonome au contrôle sérologique, à la condition qu'ils soient constitués de façon telle qu'il offrent toute garantie.

TRAITEMENT

Femmes non contagieuses.

Il ne doit pas être question un seul instant d'hospitaliser les femmes non contagieuses. Il faut les soigner, et les soigner dans le sein même du service de salubrité. Le plus simple est de mettre à profit pour les traiter, leurs visites obligatoires périodiques au service de dépistage.

Dans la pratique, le traitement complémentaire ou de consolidation, dit ambulatoire, des femmes syphilitiques non contagieuses, est de toute importance et doit être considéré aussi sérieusement que le dépistage des cas contagieux, puisque c'est pratiquement le meilleur moyen d'empêcher la réapparition des accidents contagieux.

L'admission à l'hôpital pour le traitement d'une femme non contagieuse doit être absolument interdit.

Femmes contagieuses.

Je ne puis, en ce qui concerne ce point, que reprendre les prescriptions de la circulaire du 1^{er} juin 1919 en insistant :

1° Sur la nécessité de confier, dans la limite du possible, le service hospitalier des prostituées hospitalisées au médecin du dispensaire ou au médecin du service de salubrité.

2° De ne conserver les femmes à l'hôpital qu'aussi longtemps qu'elles sont contagieuses, un traitement ambulatoire devant aussitôt remplacer le traitement hospitalier dès la disparition des accidents contagieux.

3° Sur le fait que, pour faciliter l'installation de services convenables, mon administration est disposée à apporter son concours financier aux améliorations jugées utiles, une décision spéciale intervenant naturellement pour chaque cas,

CONTROLE TECHNIQUE DÉPARTEMENTAL

La nécessité d'un contrôle technique départemental des différents services sanitaires de salubrité et des services hospitaliers réservés aux prostituées, répartis dans chaque département s'impose.

Il est trop de petites localités dotées de tels services pour que chacun d'eux puisse être contrôlé directement par les soins du service central de l'hygiène.

Ce contrôle technique devra donc être assuré dans chaque département par un médecin spécialement désigné à cet effet par le Préfet après agrément du Ministre de l'Hygiène.

De plus, toute femme soumise au contrôle médical soit isolément, soit en maison de tolérance, soit en maison de rendez-vous, devra, à son arrivée dans le département ou au moment de son inscription, se présenter au dispensaire antivénérien central du chef-lieu ou au dispensaire de salubrité le plus proche du lieu où elle se trouve.

Les résultats de l'examen complet clinique, bactériologique et sérologique qui sera pratiqué seront aussitôt communiqués au médecin chargé du contrôle technique et au médecin chargé du service de salubrité de la ville dans laquelle se trouve la prostituée.

Les tenancières de maisons de tolérance ou de maisons de rendez-vous, sous peine de fermeture de leurs établissements, devront déclarer elles-mêmes au médecin chargé du contrôle technique toute pensionnaire en traitement.

APPLICATION PRATIQUE. — Cette circulaire, dont nous venons de rappeler les dispositions principales concernant les maisons de tolérance, trouve une application facile dans les grands centres urbains : les Services Sanitaires y disposent des médecins spécialistes, des laboratoires, des salles d'hospitalisation indispensables à leur bon fonctionnement.

Nous avons pris l'exemple du Service Sanitaire de Lyon. Il est dès lors facile de concevoir le fonctionnement des organisations analogues qui existent en France. Les méthodes des services de salubrité modernes ne sauraient présenter entre elles de différences essentielles. Il s'est d'ailleurs trouvé partout des médecins zélés qui se sont attachés à donner à ces services l'impulsion nécessaire.

Il est naturel cependant que l'on observe d'une localité à l'autre certaines variations de détail, puisque la surveillance doit s'appliquer, selon les villes, à des modalités de prostitution assez diverses. C'est ainsi que l'importance relative de la prostitution *en maison* et celle de la prostitution *de rue* ne sont pas constantes. A Brest par exemple, il y a six maisons closes, comprenant de 55 à 60 femmes, alors que les prostituées surveillées *de ville* ne sont qu'au nombre de 5 ou 6 en moyenne ; ailleurs, les proportions sont généralement inverses. Ce sont là des conditions qui retentissent sur l'organisation intérieure des services sanitaires, sur les locaux où l'on procède aux visites, etc... De même, si les maisons closes restent aujourd'hui, pour différents motifs, l'apanage des petites villes, les centres importants possèdent fréquem-

ment les deux catégories de maisons, maisons closes et maisons de rendez-vous. Parfois, nous l'avons constaté à Lyon, ces deux types de maisons ne sont pas visés par des règlements identiques. A Paris, au contraire, leurs conditions sont exactement les mêmes ; la visite, pour les unes comme pour les autres, a toujours lieu dans la maison même et toutes peuvent recevoir indifféremment des femmes en carte ou des femmes non inscrites sur les registres de la Police (à condition qu'elles soient majeures et régulièrement soumises au contrôle médical).

Quant aux visites proprement dites, leur technique, on le conçoit, est partout sensiblement uniforme ; leur fréquence seule est sujette à quelques variations : elles ont lieu le plus souvent une fois ou deux par semaine, plus rarement trois fois. De même les réactions sérologiques, renouvelées parfois tous les mois (Brest), sont dans d'autres cas seulement trimestrielles (Paris).

L'essentiel est que les moyens actuels d'investigation et de traitements méthodiques soient toujours mis en œuvre avec ponctualité. Rien de plus simple à réaliser, pour peu que l'on s'y applique, dans les villes d'Ecoles ou de Facultés de Médecine, dans celles, nombreuses aujourd'hui, où fonctionne un service antivénérien pourvu d'un outillage moderne, etc... La surveillance des maisons, quand elle bénéficie de ces conditions, doit donner le maximum de sécurité.

Mais les prescriptions de la circulaire de 1929 sont-elles partout applicables ? Certes, les garanties que procure le contrôle des maisons de prostitution à

Saint-Etienne, à Lyon, à Brest ou à Rouen par exemple, ne se retrouvent plus au même degré dans de petites localités parfois privées du concours de médecins spécialistes et dépourvues des laboratoires permettant de pratiquer sur place et rapidement les différentes recherches bactériologiques et sérologiques. Bien qu'il faille naturellement chercher à améliorer leur surveillance, on peut considérer cependant que les maisons placées dans cette situation n'ont pas une importance prophylactique considérable ; leur suppression éventuelle en tout cas présenterait pour la santé publique des inconvénients bien moins sérieux que celle des établissements analogues dans les grandes villes. C'est principalement sur ceux-ci que doivent porter les efforts des services sanitaires. Certains d'entre eux, à ce point de vue, constituent d'ailleurs de véritables modèles. Il suffirait, le cas échéant, de s'en inspirer.

Si aujourd'hui encore, le contrôle des maisons de prostitution n'est pas partout organisé comme on pourrait le souhaiter, ces déficiences locales démontrent, non sa faillite, mais son insuffisance et la nécessité de le perfectionner.

CHAPITRE III

La valeur du contrôle sanitaire des femmes de maisons

La valeur médicale du contrôle des prostituées, et plus spécialement des prostituées en maison, a maintes fois été contestée. Certains, lui refusant toute efficacité, dénoncent même la garantie illusoire que donne « cette parodie de surveillance sanitaire ». « On suppose au corps médical une infailibilité, flatteuse certes, mais trop souvent injustifiée dans l'état actuel de nos connaissances, et cela d'autant plus que les ressources modernes d'investigation sont rarement mises en œuvre. » (C. Forget-Urien).

Malgré les réserves que l'on doit formuler sur la justesse de cette dernière proposition, il est exact que souvent les méthodes médicales, si perfectionnées qu'elles soient, ne peuvent donner au médecin le plus compétent et le plus minutieux le sentiment d'une certitude rigoureuse. Mais nul n'a jamais prétendu qu'il fallait attendre de la surveillance médicale des prostituées une sécurité absolue. « Il ne faudrait pas être médecin et surtout pas vénéréologiste pour méconnaître le danger des coïts avec les prostituées alors que le danger est déjà si grand avec des femmes de tous les milieux de la société. » (Prof. J. Nicolas). On

peut estimer cependant que cette surveillance atteint effectivement son but si elle permet en pratique de réduire dans des proportions considérables le nombre des contaminations vénériennes imputables aux femmes soumises à son action. Nous montrerons, à ce point de vue, quels sont les résultats sanitaires de la surveillance des maisons de prostitution.

CONDITIONS MATÉRIELLES DE LA VISITE. — On ne peut nier la régularité avec laquelle les pensionnaires des maisons sont examinées et traitées. Nous envisagerons donc surtout les critiques qui contestent la valeur prophylactique de la visite sanitaire et des traitements chez les femmes mêmes qui les subissent de la façon la plus stricte.

On a tout d'abord blâmé, et souvent avec juste raison, les conditions matérielles de cette visite. On sait qu'elle est effectuée soit dans des locaux dépendant du service sanitaire (dispensaires de salubrité, etc...), soit dans les maisons de prostitution elles-mêmes. Ce sont les dispensaires de salubrité qui offrent en principe le plus de commodités pour la visite. Certains d'entre eux pourtant — pour combien d'hôpitaux n'en est-il pas de même ! — ne possèdent encore que des installations vétustes et inconfortables. Mais les services médicaux n'en sont pas responsables et on ne saurait équitablement leur en faire grief. Cependant il est partout possible de suivre les règles de l'hygiène élémentaire et il est regrettable que l'on ait pu — en 1922 il est vrai — observer au Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police de Paris

« une alèze rapidement malpropre, mais que la pénurie de linge ne permettait de changer que toutes les vingt-quatre heures, après un défilé de plus de cinq cents femmes » et « une gamelle d'aluminium contenant l'huile à lubrifier les spéculums, huile renouvelée tous les trois jours ». Il s'agit là, disons-le, d'une situation qui a été complètement modifiée par la suite ⁽¹⁾. Les médecins se sont partout efforcés d'améliorer des installations d'où dépend la facilité même de leur tâche et qui, pour la visite proprement dite, ne nécessitent en fait qu'un matériel assez restreint; encore faut-il qu'un bon éclairage, point essentiel, soit toujours réalisé.

C'est précisément la première des conditions exigées par la circulaire de 1929 dans les maisons de prostitution où la visite a lieu sur place. Nous avons dit les inconvénients qu'entraînait l'absence, dans certaines de ces maisons, d'une pièce spécialement affectée à la visite médicale et comprenant, par exemple, un lavabo, un fauteuil gynécologique convenablement éclairé, les instruments indispensables aux examens (spéculums, abaisse-langue...) et le matériel de chauffage destiné à les stériliser, etc... Il est nécessaire que le médecin puisse avoir dans les maisons ses coudées franches comme au dispensaire. Beaucoup d'entre elles possèdent déjà des installations véritablement luxueuses, chaque tenancière voulant surpasser ses concurrentes. Mais, dans tous les cas, on dispose, vis-à-vis des patronnes, de moyens d'action

(1) D^r L. BIZARD, *Ann. d'Hyg. Publ., Ind. et Soc.*, juillet 1931.

assez puissants pour les obliger à se procurer un matériel sinon somptueux, du moins suffisant. Le service sanitaire est en droit de l'obtenir en provoquant au besoin l'intervention du maire ou du préfet. C'est ainsi qu'à Rouen le Docteur Payenneville a pu créer, dans chaque maison, « une véritable salle d'examen spécialement organisée à cet effet, largement éclairée et dotée du matériel le plus complet, permettant ainsi au médecin de pratiquer tous les prélèvements qu'il juge nécessaires ».

Il serait, semble-t-il, superflu d'insister ici sur le mode de recrutement des médecins chargés de la surveillance des prostituées et sur les garanties qu'il comporte actuellement. Nous avons cité ailleurs les dispositions qui régissent leur nomination; elles ne permettent pas de supposer qu'une tâche aussi délicate puisse être dorénavant confiée, fût-ce dans la plus petite ville de province, à « une personnalité tout à fait incompétente », ainsi que le fait en a été dernièrement rapporté. Mais, en reconnaissant qu'elle est faite par un médecin compétent et consciencieux — nous ne doutons pas qu'il en soit ainsi dans l'immense majorité des cas — quelle valeur faut-il attribuer à la visite des prostituées?

LA DURÉE DE LA VISITE. — On lui reproche tout d'abord sa rapidité qui serait incompatible avec les investigations minutieuses qu'exige parfois le dépistage des maladies vénériennes. Effectivement, elle est accomplie dans le minimum de temps, mais faut-il en conclure que ses résultats en soient nécessairement

compromis? Les conditions de cet examen, uniquement clinique, sont, à la vérité, assez spéciales; en effet, le médecin, rompu à cette pratique, n'est retardé par aucune manœuvre inutile; ses gestes, méthodiques, se succèdent dans un ordre toujours semblable, lui permettant de voir vite et de bien voir. Il est d'ailleurs toujours secondé soit par la tenancière ou une employée dans les maisons, soit, au dispensaire, par une assistante expérimentée. La prostituée elle-même, familiarisée avec ces recherches, facilite beaucoup leur exécution en s'y prêtant de bonne grâce.

Mais surtout, et c'est là la raison principale qui simplifie la visite des femmes de maisons entre autres, le médecin possède déjà, avant tout examen, les renseignements concernant chacune des intéressées: il lui suffit de jeter un coup d'œil sur leur carnet sanitaire. Cela le dispense de rechercher longuement des lésions spécifiques contagieuses chez une femme régulièrement traitée pour une syphilis remontant à de nombreuses années et dont la sérologie est depuis longtemps restée négative. Il peut, au contraire, réserver son attention à telle autre, dépourvue d'antécédents pathologiques, apparemment indemne de toute infection syphilitique, mais chez laquelle l'examen révélera peut-être un chancre du col. Selon les circonstances, la visite sera donc laborieuse ou au contraire n'exigera pas beaucoup plus d'une minute. Ce sont là des cas d'espèces que le médecin seul peut apprécier.

La visite permettra, en tout cas, si elle est complète, de ne pas laisser échapper aux yeux d'un observateur

averti, une lésion cliniquement apparente ; il est inutile à ce point de vue de rappeler l'importance de l'examen systématique du col utérin chez les prostituées : les lésions de cet organe seraient souvent à l'origine des contaminations dont les mieux surveillées sont parfois responsables (1). Heureusement, le temps n'est plus où le règlement parisien prescrivait de ne faire usage du spéculum que toutes les deux visites ! Mais les affections vénériennes sont quelquefois très difficiles à déceler, en raison de la discrétion de leur symptomatologie.

LE DÉPISTAGE DE LA BLENNORRAGIE. — Tous les médecins savent, par exemple, combien est ardu le dépistage de la blennorragie féminine ; il arrive qu'elle se traduise par des signes évidents (symptômes aigus d'urétrite, de vulvite, de bartholinite, leucorrhée abondante, etc...), mais dans d'autres cas tout se borne à une légère inflammation, à quelques exsudats insignifiants, à une rougeur péri-urétrale.

« On a dit, et non sans raison, que la blennorragie de la femme n'avait ni commencement ni fin, que ses manifestations, essentiellement minimales et instables, variaient avec les jours et les heures, comme leur pouvoir de contagiosité. » Des gonocoques qui végétaient sans provoquer aucune lésion décelable, peuvent brusquement se manifester à l'occasion d'une période menstruelle par exemple, et répandre la contagion.

(1) Communication du D^r Ch. LAURENT, *La Proph. Antiv.*, juin 1932.

Voir aussi : Le chancre syphilitique du col utérin, par le D^r V. MINAIRE (*Thèse*, Lyon, 1932).

Il serait pourtant exagéré d'en conclure à l'inanité de la visite. En effet, le médecin observe fréquemment chez ses patientes des sécrétions d'apparence plus ou moins banale (exsudats urétraux, exsudats des glandes de Bartholin, des glandes péri-urétrales, leucorrhée suspecte, etc...) dont il doit périodiquement demander l'examen bactériologique, s'il ne peut y procéder lui-même. Quand ces manifestations ne se révèlent pas nettement contagieuses, elles ne justifient pas l'hospitalisation au même titre que les formes actives de la blennorragie, mais elles bénéficient alors d'un traitement ambulatoire et de soins permanents que les femmes de maisons, ainsi que nous avons pu le constater à propos de Lyon (1), suivent toujours très docilement. C'est la seule méthode qui satisfasse aux nécessités sanitaires tout en évitant à la femme d'être indéfiniment traitée au « lazaret spécial ».

Si la prophylaxie de la blennorragie est subordonnée à la visite et aux séances de traitement, elle dépend aussi des explications fournies aux femmes sur la façon de prendre les différents soins (injections, mise en place d'ovules, etc...) qui maintiendront leur intégrité sanitaire. Quand les conditions matérielles les y incitent — c'est le cas dans les maisons de prostitution — la plupart d'entre elles acquièrent facilement, pour le plus grand bien de leurs clients, l'habitude de suivre les conseils du médecin.

(1) Nous avons décrit le fonctionnement de ce service spécial tel qu'il a été organisé à Lyon.

L'IMMUNITÉ BLENNORRAGIQUE. — L'expérience montre que le risque d'infection blennorragique est très diminué avec les femmes de maisons et, parmi elles, surtout avec les plus anciennes. Faut-il y voir uniquement le double résultat de leur surveillance et de leur propreté personnelle ? Il semble que l'on doit logiquement admettre ici l'intervention d'une véritable *immunité acquise*. Le Docteur J. Janet (*L'Urol. du Prat.*, 10 juillet 1930) estime en effet que les femmes qui se livrent depuis longtemps à la prostitution, qui ont affronté un nombre imposant de clients et subi les atteintes de gonocoques multiples, arrivent peu à peu à s'immuniser contre eux. Les prostituées débutent presque toujours comme isolées, le plus souvent clandestines : elles présentent à ce moment des manifestations blennorragiques renouvelées qui évoluent librement et sans soins ; leur réaction immunisante ne subit donc aucune entrave. Selon cet auteur particulièrement compétent, l'immunité acquise vis-à-vis du gonocoque existe, et elle arrive à son maximum chez les femmes des maisons de tolérance qui, après un long exercice, deviennent tout à fait réfractaire à n'importe quel gonocoque. Le Docteur J. Lacassagne l'a observé chez un certain nombre d'entre elles, prostituées anciennes, qu'il a eu l'occasion d'examiner lui-même régulièrement plusieurs années de suite (5 à 6 ans) sans que, pendant ce temps, elles aient motivé une seule plainte de la part de leur clientèle, ni qu'elles aient présenté une manifestation quelconque de la blennorragie. La faible contagiosité que l'on constate en pratique dans cette catégorie de femmes s'expliquerait ainsi par l'immunité acquise.

LE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS. — Le rôle de la visite apparaît moins difficile en matière de prophylaxie antisypilitique. En effet, le plus souvent, les femmes atteintes de syphilis contagieuse présentent des accidents qu'une visite complète ne peut laisser échapper. Quelquefois cependant le dépistage en est plus malaisé, au début du moins : il faut un examen soigneux pour déceler certains chancres cachés dans des replis de muqueuse ou situés sur le col utérin par exemple, ou pour apercevoir certaines lésions secondaires très discrètes. Mais le médecin se montre particulièrement vigilant à l'égard des prostituées — peu nombreuses dans les maisons de tolérance — qui sont restées jusque-là indemnes de syphilis. De plus, l'institution de réactions sérologiques régulières a apporté un complément de sécurité à des recherches cliniques qui ne sont évidemment pas infaillibles. La pratique de réactions humérales systématiques a également supprimé les dangers des syphilis uniquement sanguines, autrefois méconnues, mais qui n'en sont pas moins contagieuses et justiciables d'un traitement. Leur fréquence, signalée par de nombreux auteurs (Ch. Audry et Chatellier, *Bull. de la Soc. Fr. de Derm.*, 12 janvier 1928 ; L. Bizard, *Bull. Soc. Fr. de Derm.*, 12 juillet 1928), montre à quel point l'examen des prostituées a bénéficié de cette exploration sérologique régulière, dont l'usage est aujourd'hui généralisé. Quant aux faits de contagions que toutes les confrontations et recherches n'arrivent pas à élucider et qui peut-être justifieraient l'hypothèse soulevée par Levaditi, Lépine et Schoen ⁽¹⁾ (« le Trépon. pall. ne serait

(1) *Société de Biologie*, 9 mars 1930.

qu'une des phases du cycle évolutif du virus syphilitique, cycle comportant un stade infravisible, quoique parfaitement virulent »), ils ne sont pas encore suffisamment démontrés pour qu'on en puisse faire état.

La valeur de la surveillance, en fait de syphilis, est enfin due à l'action de la chimiothérapie moderne, à condition qu'elle soit appliquée avec régularité, comme elle peut l'être dans les maisons de prostitution. Les traitements actuels donnent assez de garanties pour que le Docteur Bizard, ayant envisagé la question des syphilis méconnues, ait pu écrire : « on risque surtout de contracter la vérole avec des femmes en apparence indemnes d'infection spécifique... et on peut admettre aussi que les prostituées les moins dangereuses sont celles atteintes de syphilis, mais se traitant... ». Or, si les prostituées deviennent en général assez rapidement syphilitiques, il en est qui au bout de dix ans ont encore échappé à l'infection, ce qui explique pourquoi les médecins dépisteurs reportent, comme nous l'avons dit, toute leur attention sur elles, afin de saisir le moment précis où apparaît la lésion contagieuse et d'isoler la porteuse de germes (Docteur A. Spillmann).

Quelques sujets, il est vrai, se montrent résistants à l'action d'un, ou même de plusieurs médicaments, mais en réalité il est toujours possible de les blanchir et ces faits ne diminuent pas pratiquement la valeur du contrôle sanitaire.

L'examen des prostituées, modernisé et complété ainsi que nous l'avons exposé, ne mérite plus, semble-t-il, d'être qualifié de « superficiel » et « d'insuffisant » comme au temps où l'« on examinait sans

doute la peau, les muqueuses, mais surtout la chemise, pour se rendre compte, d'après l'aspect et l'importance des taches qui la souillaient, s'il existait ou non de l'inflammation ! » (Docteur L. Bizard).

LA FRÉQUENCE DES VISITES. — La question de la fréquence des visites sanitaires a été aussi souvent agitée. Jeannel l'avait déjà excellemment définie : « Quelle que soit la fréquence des visites, écrit-il, il peut toujours arriver que la femme soit visitée à la fin de la période d'incubation, immédiatement avant l'apparition des symptômes morbides. »

En réalité on ne peut multiplier à l'extrême des visites qui, même quotidiennes, ne satisferaient pas à l'exigence théorique ; on est donc conduit, s'en tenant aux données de l'expérience, à adopter la périodicité qui, en pratique, se montre la plus favorable. On a aujourd'hui renoncé, avec raison, aux visites renouvelées tous les quinze jours seulement, mais on admet généralement qu'une visite hebdomadaire est suffisante ; dans beaucoup de villes elle a lieu, ce qui est encore préférable, deux fois par semaine, trois fois même dans certaines, comme à Nancy avant la fermeture des maisons. Elle constitue en tout cas, telle qu'elle est communément appliquée aujourd'hui, une sauvegarde non pas absolue, mais pourtant réelle.

LES SUPERCHERIES. — La visite a encouru d'autres reproches, notamment celui de prêter à de nombreuses supercheries qui tendraient à induire le médecin en erreur : les femmes chercheraient à dissimuler leur

maladie pour échapper au traitement et à l'hospitalisation, et les tenancières maquilleraient les lésions pour éviter l'onéreuse « incapacité de travail » de leurs pensionnaires. La plupart des artifices, simples ou compliqués, sont bien connus. Jeannel a vu des chancres recouverts d'une petite pièce de baudruche adroitement collée avec de la gomme et colorée avec du carmin. Des prostituées atteintes de plaques muqueuses buccales mangeaient négligemment quelques pastilles de chocolat avant la visite médicale, etc... Mais les ruses les plus habituelles consistent par exemple à uriner avant la visite pour éviter la présence d'une goutte urétrale suspecte ou à prendre une injection vaginale.

On a sans doute exagéré l'importance de ces supercheries. Les prostituées n'ont plus comme autrefois la hantise d'une hospitalisation qu'elles savent limitée au temps strictement nécessaire à leur guérison. Quant aux tenanciers, en commerçants avisés, ils comprennent que leur intérêt n'est pas de maintenir chez eux des femmes contagieuses.

Il est fréquent aujourd'hui, et cela démontre l'heureuse évolution de leur mentalité, que des femmes de maisons appellent le médecin quand elles ont remarqué quelque symptôme anormal, ou que la tenancière, *les ayant visitées elle-même*, les incite à demander conseil. D'ailleurs, s'il n'en est pas toujours ainsi, le médecin prévenu n'est cependant pas désarmé contre les roueries des habituées de la visite. Telle rougeur du méat, telle induration de la glande de Bartholin pourront lui faire suspecter une affection dissimulée.

Mais surtout, et c'est là le point essentiel, le médecin peut procéder à des *visites inopinées*, aussi bien dans les maisons closes que dans les maisons de rendez-vous.

La pratique de ces visites mériterait d'être largement étendue et améliorerait beaucoup un service que l'on s'est plu à taxer d'imperfectibilité. Permettant de voir les filles sans qu'elles aient pu se livrer à une « toilette » préalable, elles réduisent les inconvénients des visites à *jour fixe* et les possibilités de « maquillage » ; elles évitent aussi qu'une femme « qui n'est pas parfaitement rassurée sur son état de santé puisse néanmoins continuer son *travail* jusqu'à la visite suivante » (Docteur Gerbenne).

LES DÉPLACEMENTS. — On a encore soutenu que, nomades comme toutes les prostituées, changeant fréquemment d'établissement, les pensionnaires des maisons échappaient ainsi à une surveillance médicale suivie et qu'elles se dissimulaient même complètement quand elles se savaient atteintes de manifestations contagieuses. Cela serait possible s'il n'existait pas une *visite de départ obligatoire*, ainsi d'ailleurs qu'une visite d'arrivée, et un carnet sanitaire qui suit l'intéressée dans tous ses déplacements, assurant la continuité des traitements. « C'est un avantage que l'on ne peut avoir avec les filles isolées en ville, qui arrivent et partent sans prévenir, et souvent restent trois ou quatre jours avant d'être amenées ou avant de venir aux visites sanitaires. » (Docteur A. Spillmann.)

LA DURÉE DE L'INNOCUITÉ APRÈS LA VISITE. — La durée de l'état d'innocuité des femmes après la visite a également toujours été discutée : « ...admettons, écrit le Docteur A. Morin, que le médecin passe tous les jours et visite toutes les femmes de façon assez minutieuse pour pouvoir certifier qu'elles ne sont pas contagieuses, cette visite ne vaudra jamais que pour la sécurité du premier client à passer. Ce client lui-même n'a subi aucune espèce de visite et peut très bien laisser à cette femme, garantie saine un quart d'heure auparavant, des germes que ses successeurs récolteront et peut-être d'autant plus virulents du fait de ce récent repiquement ». L'infection, a-t-on dit, se transmettrait mécaniquement d'un client aux suivants, aussi bien que par l'intermédiaire de n'importe quel objet. Or, il n'est pas donné à tous d'avoir la patience du bourgeois de la « Maison Tellier » qui, connaissant les périodiques retours des visites, guettait hebdomadairement la sortie du médecin, *securitatis causa*. Mais les transmissions réelles d'homme à homme sont aussi difficiles à nier qu'à démontrer. Quand il arrive d'observer des contaminations en série, on met presque constamment en évidence chez la femme incriminée des lésions très récentes ou qui, malgré la visite, ont passé inaperçues (ulcération du col utérin, chancre de la paroi vaginale...).

Le Professeur Gougerot a montré ⁽¹⁾ que la présence de tréponèmes saprophytes paraît exacte cliniquement et bactériologiquement. La syphilis semble pouvoir être

(1) GOUGEROT, Saprophytisme des germes vénériens, *Journ. des Prat.*, 19 sept. 1917.

transmise par des porteurs ne présentant aucune lésion apparente. Il faudrait toutefois, selon cet auteur, considérer jusqu'à nouvel ordre ces faits comme possibles, *mais exceptionnels*. Les soins de propreté que peuvent prendre dans les maisons les femmes qui, éventuellement, rempliraient le rôle de *porteurs passifs*, interviennent encore pour réduire ce genre de contagions.

Nous n'en aurons terminé avec les critiques d'ordre médical qui leur sont adressées, qu'après avoir dit un mot de la question de l'*alcoolisme* dans les maisons de tolérance. Il n'est pas douteux que les deux fléaux : débauche et alcoolisme, vont souvent de pair. Mais « il faut bien peu connaître les conditions dans lesquelles s'exerce la prostitution clandestine pour croire qu'elles ne favorisent pas beaucoup plus l'alcoolisme que la prostitution contrôlée » (Docteur Pierre Lépine).

Dans les maisons de prostitution, l'usage des « faux verres » est habituel, des liquides anodins étant servis aux femmes pour faire illusion ; d'autre part, il ne dépend que de la police locale d'y interdire complètement l'usage des boissons alcooliques. Cette mesure est déjà appliquée dans les maisons fréquentées par les troupes nord-africaines, comme nous avons pu le constater à Vienne par exemple. Rien n'est plus simple que de l'imposer dans tous les cas où elle est jugée nécessaire.

Revenant à la surveillance sanitaire proprement dite, nous nous résumerons ainsi : on ne peut évidemment soutenir que le contrôle médical des prostituées,

même en maison, où il est le plus efficace, soit capable de donner une garantie absolue. Cependant, dans les conditions de régularité où il peut être exercé vis-à-vis des femmes de maisons, il procure une sécurité incontestable, démontrée en pratique, nous le verrons, par le faible pourcentage des contaminations vénériennes dont ces femmes sont responsables. On dispose donc là d'un moyen de prophylaxie important ; il serait préjudiciable à la santé publique de s'en priver en fermant les maisons de prostitution.

CHAPITRE IV

L'état sanitaire des prostituées de maisons

Pour juger de la valeur sanitaire que l'on peut attribuer à la surveillance des maisons de prostitution, l'hygiéniste dispose de deux éléments d'appréciation : l'étude comparée de l'origine des contaminations vénériennes, constatant la part de responsabilité qui revient à chaque mode de prostitution et, d'autre part, l'étude de l'état sanitaire des femmes de maisons, rapproché de celui que présentent les autres prostituées examinées régulièrement (prostituées surveillées) ou occasionnellement (prostituées clandestines).

Ces recherches sont nécessairement basées l'une et l'autre sur des chiffres : remarquons que le second critérium correspond plus exactement à la réalité que le premier. Il s'appuie en effet sur des chiffres en quelque sorte bruts, dans l'établissement desquels aucune chance d'erreur, sinon matérielle, n'intervient. Au contraire, nous le verrons, la provenance des maladies vénériennes, souvent imprécise, ne peut donner lieu, sauf exception, qu'à des statistiques plus complexes et moins catégoriques.

Rares sont les prostituées qui ne paient pas, tôt ou tard, leur tribut aux maladies vénériennes. Or ces

maladies, tant la blennorrhagie que la syphilis, ont pour caractère commun, du moins chez la femme, d'être essentiellement chroniques; le terme d'état sanitaire vise non pas le fait pour la prostituée d'être ou non atteinte de telle maladie, mais celui d'être ou non en état de la communiquer, d'être ou non contagieuse. Tous les efforts médicaux tendent à supprimer chez elle les manifestations contagieuses de la syphilis et de la blennorrhagie, sources des contaminations. D'où le caractère autant préventif que curatif des conseils et des traitements médicaux.

L'état sanitaire de la prostituée dépend encore des clients qu'elle reçoit et des soins personnels qu'elle peut prendre.

LE CHOIX DES CLIENTS. — Sur le premier point, beaucoup de modernes propagandistes — articles et conférences le prouvent — ont conservé les notions qu'exprimait en 1836 Parent-Duchâtelet (*op. cit.*) : « Les femmes des maisons publiques sont obligées, écrivait-il, de s'abandonner au premier venu qui les réclame, fût-il couvert des plus dégoûtants ulcères; il n'y a pas à reculer si elles veulent éviter les coups et les plus affreux traitements. » Le Docteur Bérault, qui cite ces lignes dans sa thèse, ajoute que l'argument, repris dans la suite avec enthousiasme par les abolitionnistes, manque malheureusement de fondement. Aujourd'hui en effet il n'en va plus de même et aucune contrainte n'est exercée sur les femmes pour les forcer à accepter *malgré elles* le contact d'individus répugnants ou de malades dangereux. Sur leur plainte

au contraire, il est constant que ces derniers soient éconduits sans ménagements.

Il est facile de comprendre que les tenancières n'ont aucun intérêt, en exposant la santé de leurs pensionnaires, à compromettre la source de leurs revenus et la réputation de leur maison. Il ne faut pas oublier non plus que l'on dispose, le cas échéant, vis-à-vis d'elles de moyens puissants pour les intéresser à maintenir le bon état sanitaire de leurs filles et à les surveiller de très près : on peut leur appliquer des sanctions allant, si c'est nécessaire, jusqu'à la fermeture de leur établissement, à l'exemple de Barcelone où il suffit d'une contamination constatée dans une maison pour entraîner sa fermeture immédiate (Docteur Mossé).

Toute une catégorie de maisons closes ou de rendez-vous, d'une classe plus élevée dans la hiérarchie, échappent d'ailleurs à de telles considérations, valables seulement pour les maisons d'ordre inférieur, plus modestes mais abondamment achalandées. Or les femmes de maisons, on le sait, ont habituellement une certaine expérience de leur profession ; ce sont rarement des débutantes et, dans ce cas, leur patronne aurait tôt fait de compléter leur éducation. Elles n'ignorent pas les dangers auxquels elles s'exposent. Ne pouvant se soustraire à la visite médicale, elles ont intérêt, pour cette seule raison, à demeurer saines. Aussi celles qui ont le moindre souci d'elles-mêmes prennent-elles l'habitude de vérifier rapidement l'intégrité de leur partenaire et de l'inviter au besoin à prendre les soins de propreté qui s'imposent ; à cet

égard l'examen de l'homme est, on le conçoit, infiniment plus simple et plus formel que celui de la femme et ne demande par conséquent qu'une compétence rudimentaire. Voici ce que Jeannel écrivait déjà à ce sujet en 1874 : « En général les matrones recommandent aux filles de visiter les hommes avant de se laisser approcher. Il arrive souvent que la fille qui a conçu des doutes appelle la matrone ou la sous-maîtresse qui procèdent à un examen minutieux de l'organe suspect ; un renvoi ignominieux succède à la constatation d'un écoulement blennorrhagique ou d'une ulcération. »

Quant à la question du choix du client proprement dit, dont les prostituées isolées auraient le privilège, les prostituées en maisons étant obligées d'accepter ceux qui se présentent, elle ne mérite pas qu'on s'y arrête, bien que certains en tirent encore argument. Elle indique une méconnaissance complète des nécessités auxquelles leur condition soumet toutes les prostituées, à de rares exceptions près. « Ne croyons pas que les prostituées isolées aient jamais songé à faire une sélection. » Ce n'est pas sans raison que la définition latine de la prostituée renfermait le terme « *sine dilectu* ».

L'EXAMEN DES HOMMES. — Nous avons fait allusion à l'examen des hommes. L'intérêt sanitaire de cette question justifie quelque développement. La réglementation a depuis longtemps soulevé des critiques tant d'ordre moral que médical, du fait qu'ignorant l'homme, elle réserve toutes ses rigueurs à la femme.

Les auteurs ont fréquemment dénoncé ce régime d'exception, cette inégalité de traitement « entre la prostituée astreinte à un contrôle médical, surveillée dans ses évolutions et ses ébats par le service des mœurs, et l'homme qui reste libre de disséminer sa maladie » (1). « L'homme, écrit le Docteur Fiaux, est la lancette ambulante chargée du vaccin nocif... Réduire l'organisation coercitive aux seules femmes rend le problème de la santé publique impossible... »

Cette inégalité est-elle véritablement si choquante? Nous avons déjà cité l'opinion du Professeur Spillmann, qui permet d'en douter. Celle des Docteurs Carle et Lacassagne nous semble aussi suffisamment convaincante : « On entend dire par des juristes et des moralistes : pourquoi toujours traquer la femme et jamais l'homme ? Pourquoi des mesures et des sanctions unilatérales ? Mais parce qu'on ne peut assimiler l'acte sexuel d'un client de passage à la répétition de cet acte par une professionnelle ; car chez l'homme, quelle que soit sa vigueur, ses possibilités sont toujours restreintes, tandis que chez la prostituée il n'y a que la disette de clientèle qui limite le nombre de rapprochements et, par conséquent, des chances de contamination. » Et le Professeur Nicolas, établissant un *distinguo* nécessaire entre le client amateur et la professionnelle, ajoute : « c'est pourquoi nous trouvons tout à fait logique l'article 12 de la réglementation de la police sanitaire des mœurs, appliqué à Salonique en 1916, qui soumettait les pédérastes pro-

(1) *Le Sens de la Vie*, par le D^r SICARD DE PLAULOLES, Paris, 1929.

fessionnels aux mêmes mesures de police que les femmes prostituées » (Professeur J. Nicolas, article cité).

Ces discussions n'ont pas une portée uniquement théorique puisqu'elles ont amené de bons esprits à envisager l'intérêt de la *visite médicale des hommes* se présentant dans les maisons de tolérance.

On s'est proposé — nous éliminons les suggestions fantaisistes — de substituer à l'examen du client par la prostituée elle-même, examen qui manque à la fois de constance et de rigueur, une visite à laquelle procéderait un personnel expérimenté prévu à cet effet. Selon le Docteur Mossé, il suffirait de détacher dans ces établissements un certain nombre d'infirmières qui, « sous le contrôle de leur chef de service, s'assureraient de la non-contagiosité du client dans des conditions de dignité et de décence qu'il est facile d'établir ».

Mais ce ne sont là que des projets dont il serait peut-être malaisé de faire accepter la réalisation pratique. Aussi — la surveillance médicale mise à part — le plus sûr garant de l'état sanitaire de ces prostituées réside-t-il encore dans la possibilité pour elles — comme pour leurs clients — de prendre les précautions hygiéniques que commandent la multiplicité de leurs chances de contamination.

LES CONDITIONS HYGIÉNIQUES DANS LES MAISONS DE TOLÉRANCE. — Nous montrerons, à propos de la prophylaxie individuelle des maladies vénériennes, combien les conditions matérielles des maisons de tolé-

rance en facilitent la réalisation. Les pensionnaires bénéficient naturellement des mêmes avantages de confort — ou tout au moins de propreté — que les maisons de prostitution modernes offrent à leurs clients.

Voici ce que le Docteur Bizard écrit au sujet des maisons parisiennes — et les maisons de province où la surveillance est effective justifient la même opinion : « Toutes les maisons, les plus modestes comme les plus luxueuses, sont maintenant dans l'obligation de posséder des installations hygiéniques permettant, aussi bien aux clients qu'aux pensionnaires, de prendre tous les soins de propreté les plus minutieux et de ne négliger aucune précaution » (*Ann. d'Hyg. Publ.*, juillet 1931). Ajoutons que beaucoup de ces établissements sont munis d'une salle de gynécologie « que bien des dispensaires et des hôpitaux pourraient leur envier ».

Ces notions, jointes à celle d'une surveillance médicale plus facile que partout ailleurs, sanctionnée par des traitements réguliers, enlèvent de sa valeur à l'argument selon lequel la femme de maison, ayant chaque jour un grand nombre de clients, doit être nécessairement plus dangereuse que les autres prostituées. Encore cette critique n'est-elle pas applicable à beaucoup de ces maisons, de rendez-vous par exemple, aujourd'hui de mode dans les grandes villes, et dont la classe exclue toute affluence. La femme de maison est incitée par l'installation même du lieu à prendre ces habitudes de propreté qui sont une garantie — tant pour le client vis-à-vis d'elle que réciproquement

— contre une contamination éventuelle, blennorragique surtout. Elle peut, mieux que partout ailleurs, y suivre, selon son bon sens et le souci, évidemment variable, qu'elle a de sa personne, les conseils hygiéniques fournis par les médecins d'abord et aussi par des patronnes avisées qui deviennent ainsi les auxiliaires de l'organisation sanitaire.

Ces précautions étant malgré tout subordonnées à la bonne volonté de la femme, on a cherché à en étendre la pratique : des personnes dépendant du service sanitaire « veilleraient à ce que ces dames ne s'écartent pas des règles d'hygiène sexuelle dont le manque est une des causes les plus habituelles de la contamination » (Docteur Mossé). Il semble qu'il soit actuellement préférable de convaincre les femmes elles-mêmes de l'utilité de toutes ces précautions. Beaucoup de prostituées, la plupart des femmes de maison, l'ont aujourd'hui compris, mais elles se heurtent parfois à des difficultés réelles : dans les maisons où l'on pratique l'« *abatage* » par exemple et où les clients se succèdent sans interruption. On conçoit alors que l'hygiène en pâtisse. On a soutenu que l'accroissement réel des chances de contagion résultant de ce surmenage devrait précisément conduire, non pas à diminuer, mais à augmenter selon les besoins le nombre des maisons de prostitution.

STATISTIQUES. — Les statistiques anciennes établies au siècle dernier et rapportées dans l'ouvrage de Parent-Duchâtelet, montrent le désavantage constant au point de vue sanitaire des femmes de maisons com-

parées aux isolées. Mais ces statistiques séculaires sont basées sur des renseignements souvent erronés et appellent les plus grandes réserves.

Par contre, les statistiques récentes que nous avons pu consulter, fournissent toutes des indications concordantes et dont la valeur est incontestable. En voici une du Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police de Paris indiquant pour une durée de dix ans (1920 à 1930) le pourcentage des maladies (syphilis et autres maladies vénériennes) constatées à l'examen des différentes catégories de prostituées (Docteur Bizard).

Années	Femmes en carte	Femmes en carte contrevenantes	Insoomisés	Femmes de maisons
1920	1,62	21,45	34,78	0,65
1921	3,29	11,44	42,27	0,23
1922	1,89	8,29	32,08	0,24
1923	1,56	6,52	28,65	0,56
1924	1,85	6,53	30,66	0,38
1925	2,33	7,45	28,76	0,31
1926	1,88	7,58	26,44	0,16
1927	1,62	8,83	27,35	0,13
1928	2,71	10,25	34,50	0,32
1929	1,57	7,10	34,51	0,25
1930	3,25	8,23	33,57	0,34

« Le pourcentage des syphilis contagieuses reste à peu près invariablement, depuis ces dix dernières années, de 4 % chez les femmes en carte — une sur 25 —, de 25 % chez les clandestines — une sur 4 —, et enfin de 0,25 %, — c'est-à-dire seulement d'une sur 400 —, chez les femmes de maisons. »

Voici un pourcentage des syphilis observées chez les femmes en maison, les femmes cartées en ville et

les clandestines amenées par la police au Dispensaire de Salubrité de Nancy : 1 % de cas de syphilis contagieuse chez les femmes des maisons de tolérance, 6,5 % chez les femmes cartées en ville, 14 % chez les clandestines (Docteur J. Bénech, « Bilan de la Syphilis chez les prostituées », *Annales des Mal. Vén.*, octobre 1931).

Etudiant la morbidité vénérienne par catégories, le Docteur Gastou cite, pour Paris, les chiffres suivants qui portent sur une année :

Filles de maisons de tolérance : 5 maladies vénériennes, dont 2 syphilis.

Filles isolées : 115 maladies vénériennes dont 37 syphilis.

Filles insoumises et clandestines : 2.352 maladies vénériennes dont 644 syphilis.

Dans un rapport sur la prostitution et la lutte anti-vénérienne, le Professeur Louis Spillmann relève sur une statistique recueillie par lui, et s'étendant sur six mois de surveillance sévère, 8.000 examens de femmes de maisons de tolérance avec seize malades reconnues, soit une malade sur 500 examens ; 138 examens de prostituées clandestines avec 76 malades, soit plus d'une malade sur deux examens. De tels chiffres, dit-il, se passent de commentaires.

COMPARAISON AVEC LES AUTRES PROSTITUÉES. — Si l'on étudie ainsi, en s'appuyant sur les chiffres des dispensaires, des services sanitaires, etc..., la morbidité vénérienne comparée chez les diverses catégories de prostituées, on peut en conclure au nombre infime des manifestations contagieuses, surtout de la syphilis,

chez les femmes des maisons. Dans les villes où, à l'encontre de Paris, il existe une différence entre la surveillance médicale des maisons de rendez-vous et celle des maisons closes, leurs chiffres de morbidité restent pourtant sensiblement analogues. En effet, si les premières sont en fait moins rigoureusement surveillées que les autres, elles comprennent par contre un certain nombre d'établissements d'une classe élevée dont la clientèle plus riche est également plus clairsemée, et dont les pensionnaires prennent le plus grand souci d'elles-mêmes.

En revanche, la morbidité augmente si l'on considère les prostituées isolées, moins dociles, et réduites à des conditions matérielles souvent déplorables.

Elle atteint son maximum chez les clandestines qui sont de beaucoup les plus redoutables et constituent le grand réservoir du mal vénérien. Plutôt que de s'attaquer aux prostituées surveillées et, par là-même, peu dangereuses, ne serait-il pas plus sage de chercher avant tout à « mettre hors d'état de nuire ces femmes ignorantes et inconscientes qui ne font rien pour se guérir » (Docteur Bizard, *Bull. Soc. F. Derm. et Syph.*, 12 juillet 1928).

Ce sont ces vérités manifestes, bien que parfois contestées, que le Docteur Bizard confirme en ces termes : « Le pourcentage des maladies... est très élevé chez les insoumises ; important encore chez les femmes en carte ayant de bonnes raisons de fuir les visites ; par contre il est faible chez les prostituées en carte régulières à leurs visites ; il est enfin presque négligeable chez les femmes *de maison* » (« Au sujet de la syphilis », *Bull. Méd.*, 14 février 1931).

Il serait surprenant que la catégorie de prostituées dont l'état sanitaire est le plus satisfaisant n'eût pas également le privilège du plus petit nombre de victimes. Nous verrons que l'étude des contaminations vénériennes apporte à ces faits l'appui de constatations concordantes et prouve combien il serait inopportun de supprimer la forme de prostitution où le risque de contagion, surtout syphilitique, est le plus réduit.

CHAPITRE V

Maisons de prostitution et prophylaxie individuelle des maladies vénériennes

Les méthodes de prophylaxie individuelle des maladies vénériennes n'ont pas donné tous les résultats que certains attendaient d'elles ; il ne faut cependant pas méconnaître les services qu'elles ont rendus et qu'elles rendent encore. Beaucoup d'auteurs leur accordent une place importante parmi les moyens destinés à réduire le nombre des contaminations vénériennes. Bien qu'on leur ait reproché de ne donner qu'une fausse sécurité, leur usage — les circonstances permettent parfois de le contrôler d'une façon pour ainsi dire expérimentale — s'il n'apporte pas la panacée que l'on avait espérée, n'en reste pas moins fort utile.

L'accord n'est pas fait sur les mérites respectifs des différentes méthodes : préservatifs mécaniques et chimiques ont leurs défenseurs. Les lavages à l'eau et au savon, pour leur simplicité et leur efficacité, sont conseillés par de nombreux spécialistes (Professeur Nicolas). Cependant, quelle que soit la méthode utilisée : simple (savonnage à l'eau), ou plus complexe, elle ne peut nulle part être mieux appliquée que dans les

maisons de prostitution, même les moins confortables. Toutes mettent à la disposition de leur clientèle l'installation de toilette sommaire ou luxueuse indispensable à ces manœuvres prophylactiques. Toutes connaissent les bienfaits de l'eau courante. (« Ces lieux de plaisir sont maintenant hygiéniquement installés ; l'eau courante, chaude et froide, y circule à volonté... »). Docteur L. Bizard.)

On conçoit aisément les conditions matérielles toutes différentes que peuvent offrir à leurs clients un grand nombre de prostituées isolées, en carte ou, *a fortiori*, clandestines. Ce n'est pas là une des moindres causes qui font de ces dernières une catégorie particulièrement dangereuse ; leur activité a trop souvent pour cadre ces taudis obscurs qui offrent à leurs locataires éphémères « dans un coin, par terre, une cuvette d'émail et un broc d'eau, dans un angle un vague lit de sangle au revêtement pollué » (Docteur Lacassagne).

Il appartient aux médecins chargés de la surveillance sanitaire de la prostitution de vérifier si les maisons de tolérance présentent à ce point de vue les garanties hygiéniques que l'on doit exiger d'elles. Ce ne sont pas là détails négligeables et les règlements sanitaires de différentes villes exposent de façon explicite les conditions de cette surveillance. Citons par exemple celui de Nancy, qui n'a plus d'ailleurs qu'un intérêt rétrospectif puisque Nancy, elle aussi, « dans un sursaut irréfléchi d'idéalisme abolitionniste » a supprimé ses maisons de tolérance le 1^{er} novembre 1931,

L'article 78 de l'arrêté municipal stipule que le médecin « devra se rendre compte de l'état des maisons de tolérance. Il pourra exiger des tenancières la remise en état des chambres, leur désinfection, la réfection des peintures chaque fois qu'il le jugera nécessaire. Il vérifiera l'état des couchages et l'état de la literie. Il tiendra la main, en toutes circonstances, à ce que toutes les règles de l'hygiène soient rigoureusement observées. Il pourra pénétrer en tout temps dans les maisons de tolérance pour y contrôler les règles d'hygiène prescrites » (Docteur A. Spillmann, « Syphilis épidémique et porteurs de germes », *Thèse*, Nancy, 1932).

L'expérience démontre toutefois qu'il n'est pas forcément nécessaire pour que les améliorations jugées utiles au point de vue de l'hygiène soient réalisées dans les maisons de prostitution, de recourir à une forme officielle et comminatoire ; l'autorité du médecin auprès des tenancières est souvent suffisante pour qu'elles exécutent sur sa demande les modifications souhaitables ; nous avons eu l'occasion de le constater à propos du matériel des visites médicales. L'amour-propre professionnel lui-même n'est pas sans entretenir parmi elles une émulation propice. En définitive, l'intérêt bien compris des tenancières et celui de la prophylaxie sont ici concordants.

Certains hygiénistes — devant le succès incomplet des cabines prophylactiques de l'armée par exemple — ont estimé qu'au lieu d'installer ces cabines à une distance souvent considérable des lieux de tentation,

il serait beaucoup plus utile de les placer à proximité ou au siège même du danger. On éviterait ainsi l'inconvénient des précautions tardives et, pour une part, celui des abstentions complètes de trop nombreux intéressés. De plus, les bienfaits de la cabine s'étendraient dans ces conditions à une clientèle plus variée et plus nombreuse. Pour ces raisons, a écrit le Docteur G. Saint-Paul, « il semblerait opportun de travailler à obtenir l'installation de la cabine prophylactique dans la maison de tolérance même ». Le même auteur a examiné le fonctionnement éventuel de ces cabines, la distribution des nécessaires prophylactiques, etc... Cette suggestion n'a pas encore été suivie de résultats pratiques.

Cependant, dans un certain nombre de villes, les tenancières, soumises à l'obligation de fournir gratuitement le matériel nécessaire, sont tenues de signaler aux clients les précautions personnelles qu'ils ont intérêt à prendre « malgré tous les soins avec lesquels les femmes et les filles publiques sont surveillées par le service sanitaire ». Ces conseils de circonstance qui, en raison de la qualité habituelle de la clientèle, ne sont pas toujours superflus, sont fournis par de petites affiches judicieusement réparties dans l'établissement et dont la présence même rappelle opportunément que tout risque n'est pas écarté du fait de cette surveillance *officielle* à qui l'on a ironiquement reproché son apparence de brevet de garantie. Ces avis comportent partout des indications sensiblement analogues. En voici un à titre d'exemple (Nancy) :

CONSEILS

« Il est expressément recommandé à tout homme venant d'avoir un rapport sexuel avec une femme ou fille publique de prendre les précautions suivantes :

1° Lavage à l'eau chaude et au savon des parties génitales externes ;

2° Uriner immédiatement après le rapport ;

3° Frictionner les parties génitales avec la pommade mise à sa disposition sur la table de toilette de la chambre, pommade qu'il est en droit d'exiger gratuitement. »

Les précautions que doit prendre la femme peuvent être également affichées sous une forme identique.

C'est dans le même esprit et devant la nécessité de développer les pratiques d'hygiène chez une clientèle nécessairement nombreuse et peu raffinée que des instructions ministérielles parues pendant la guerre exposaient avec la plus grande minutie les dispositifs en quelque sorte réglementaires dont les maisons de tolérance devaient être pourvues. (Instr. Min., Clémenteau, Mordacq.)

L'utilité pratique des différents conseils ainsi affichés dans les maisons de prostitution dépend assurément de la mentalité des individus à qui ils s'adressent. Cependant, en raison du rôle favorable qu'ils peuvent jouer, on ne doit pas en négliger l'emploi. « Nos moyens de contrôle direct, et surtout indirect, écrit le Docteur A. Spillmann, nous permettent d'affirmer que les usagers des maisons font un emploi régulier et presque toujours constant des pommades prophylactiques mises réglementairement à leur disposition. »

En fait, l'essentiel est que le plus grand nombre

possible des hommes qui s'exposent au risque vénérien trouvent sur place et rapidement, la possibilité matérielle de se prémunir contre une contamination éventuelle. C'est ce qui peut être constamment réalisé — et le contrôle en est facile — dans les maisons de tolérance. Ces pratiques y sont admises et habituelles, alors que, pour des raisons diverses, elles sont fréquemment inapplicables dans les autres formes de la prostitution. La supériorité sanitaire de la prostitution en maison est ici manifeste.

CHAPITRE VI

Les maisons de prostitution et la propagation des maladies vénériennes

Connaissant les conditions dans lesquelles sont aujourd'hui examinées et traitées, préventivement autant que curativement, les femmes soumises à un contrôle médical régulier ; sachant que normalement ce contrôle ne peut être nulle part mieux exercé qu'à l'égard des femmes de maisons ; connaissant enfin l'état sanitaire de ces dernières comparé à celui des autres prostituées, clandestines en particulier, on peut dès lors logiquement supposer que leur part de responsabilité dans la diffusion des maladies vénériennes doit être restreinte. Disons-le de suite : les faits montrent qu'il en est bien ainsi. Il serait en vérité paradoxal que la catégorie de femmes la plus docile, la mieux soignée, celle qui présente, en fait, le plus rarement de manifestations contagieuses, ne fût pas également la moins dangereuse.

LA CLIENTÈLE DES MAISONS DE PROSTITUTION. — Ce résultat même, dont la démonstration n'est pourtant pas difficile, a été contesté. Mais certains, bien que le tenant pour acquis, refusent cependant d'en

conclure à l'action réelle des maisons de tolérance dans la prophylaxie antivénérienne : le nombre des pensionnaires de maisons, disent-ils, est si faible, comparé à celui des autres prostituées, que leur surveillance est pratiquement sans portée, et que le nombre même de leurs victimes, dû uniquement à la rareté relative de leur clientèle, prouve en définitive qu'elles ne sont pas moins dangereuses que les autres prostituées.

De tels arguments ne visent pas la maison de tolérance seulement mais la prostitution réglementée toute entière : elle ne comprend qu'une minorité parmi les femmes qui font commerce de leur corps. « Pour un homme qui se livre aux filles soumises, a-t-on écrit, il y en a au moins dix qui vont chercher fortune ailleurs. » Bien qu'en pareille matière une estimation même approximative soit impossible, il est de fait qu'une clientèle considérable a recours aux services de prostituées exerçant en dehors de tout contrôle médical. Cela n'empêche pas la réglementation de rendre de grands services et devrait conduire à la développer plutôt qu'à la supprimer : la lutte contre la prostitution clandestine est d'autant plus profitable qu'on l'associe à une sage réglementation. Nous y reviendrons.

LE NOMBRE DES MAISONS DE TOLÉRANCE. — Quant aux maisons closes, il est exact que leur nombre a progressivement diminué depuis le siècle dernier. La prostitution, elle aussi, est soumise aux fluctuations de la mode ; la maison de tolérance a perdu aujour-

d'hui de la faveur dont elle jouissait autrefois. Le goût de la clientèle a évolué vers des formes plus séduisantes peut-être (maisons de passe, hôtels clandestins, dancings louches, etc...), mais à coup sûr plus dangereuses. Si l'on étudie les chiffres déjà anciens cités par le Docteur Bérault, on constate que dès la fin du siècle dernier on pouvait observer un semblable délaissement dont il ne faut vraisemblablement pas rapporter la cause aux progrès de la morale. Il y avait à Paris en 1880, 119 maisons de tolérance abritant annuellement 1.107 femmes; il n'en restait en 1900 que 45, avec 504 pensionnaires. On notait la même diminution en province :

Lyon avait en 1840 :	75	maisons de tol.,	en 1895 :	17
Marseille — 1870 :	90	—	1899 :	12
Nantes — 1855 :	31	—	1895 :	12
Bordeaux — 1869 :	60	—	1896 :	19
Brest — 1850 :	22	—	1895 :	21

Il reste aujourd'hui à Paris 31 maisons closes seulement, dont 4 en banlieue. Mais la diminution des maisons closes proprement dites a été en partie compensée par le succès d'établissements conçus selon une formule nouvelle — les maisons de rendez-vous — que les grandes villes de province ont adoptés à leur tour.

Les maisons de rendez-vous, recensées pour la première fois à Paris en 1900, y atteignaient alors le total de 281. Il en restait 176 en 1930. Ajoutons, à titre d'indication, que Lyon comprend actuellement 5 maisons closes avec un effectif d'une cinquantaine de femmes et 27 maisons de rendez-vous comprenant

130 femmes environ. Indiquons aussi qu'à Paris par exemple, « pour laisser à la disposition des familles tous les appartements libres » (L. Bizard), on n'autorise plus l'ouverture de nouvelles maisons. Cette mesure ne touche malheureusement pas les établissements et lieux de prostitution clandestine.

L'importance numérique des maisons de prostitution est faible : faut-il en conclure que leur disparition ne saurait entraîner des conséquences sanitaires fâcheuses ? Nous ne le croyons pas.

Les prostituées en maison ont, proportionnellement, beaucoup plus de clients qu'il n'est matériellement possible aux isolées de toutes catégories d'en recevoir. Leur activité supplée à leur nombre. Sans remonter à la grande guerre, où les circonstances étaient anormales, c'est un fait connu que dans certaines maisons pratiquant « l'abatage », les maisons à « sidis » par exemple, il passe au moins cinq cents clients par jour (L. Bizard). Bien qu'il s'agisse là d'exceptions, il est pourtant habituel, les jours d'affluence compensant les jours calmes, que les maisons de tolérance soient abondamment fréquentées : c'est ainsi que le Docteur Bizard estime « qu'un million d'hommes au moins passent annuellement dans les maisons de prostitution parisiennes et que grande est la responsabilité de ceux qui ont à veiller sur la santé de cette immense troupe amoureuse » (*Ann. d'Hyg. Publ. Ind. et S.*, juillet 1931). Il apparaît alors que la surveillance des maisons de prostitution, dans la mesure où elle est sérieuse, n'est pas aussi dépourvue d'intérêt que l'on a prétendu et qu'elle peut au contraire contribuer à restreindre

dre sensiblement la dissémination des maladies vénériennes.

Admettant la réalité de ce rôle favorable, on peut examiner un deuxième aspect du problème : si les maisons de tolérance étaient supprimées, quelles seraient les conséquences sanitaires de cette suppression ? Nous étudierons plus loin les expériences tentées récemment en France et nous verrons quelles conclusions elles comportent. S'il faut en croire Montaigne, « oster les bordels publiques, c'est non seulement espandre partout la paillardise qui était assignée à ce lieu, mais encore aiguillonner les hommes à ce vice par la malaysance ». Le fait banal, inéluctable, est que toute suppression entraîne une augmentation correspondante de la prostitution clandestine dont les modalités et la publicité s'adaptent à la rigueur ou à la faiblesse avec lesquelles on la poursuit, mais qui est constante. « Là où la maison de tolérance répond à un besoin, la fermeture de la maison de tolérance a pour conséquence l'éclosion de vingt maisons non tolérées, foyers du pire stupre et de la plus nocive dissémination vénérienne... Dans une agglomération, la maison de tolérance, quel que soit l'écoeurement naturel des gens d'un goût un tant soit peu délicat, satisfait *avec les moindres risques* à l'une des nécessités primordiales d'une part de la population. » (Mⁱⁿ G^{al} G. Saint-Paul. Prostitution. Maison de tolérance et prophylaxie. *Progrès Méd.*, 21 mars 1931.) Ces contingences existent, il faut bien composer avec elles. A propos de Brest, le Docteur Gouin écrit : « Je ne vois pas un équipage revenant de mer, déambulant dans les rues à la recherche

de femmes, et ne trouvant pas de maisons closes ». Une remarque analogue peut être faite à propos des autres villes maritimes, des villes de garnison, des villes industrielles, etc... « où l'élément mâle et célibataire est important ».

Quiconque a, par exemple, observé une ville dont la garnison est constituée par des troupes nord-africaines, ne peut songer sans appréhension aux conséquences que pourrait entraîner la fermeture des maisons de tolérance. En dehors d'avantages d'ordre militaire que le commandement a toujours signalés, elles jouent incontestablement un rôle de sécurité sanitaire.

La fermeture des maisons, pas plus que toute tentative d'abolition de la prostitution surveillée, ne supprimera du même coup — il serait vain de l'espérer — le « torrent des concupiscences » qui les font vivre. Elle le détournera simplement de sa voie canalisée (J. Lacassagne). On imagine aisément, sans qu'il soit utile d'insister à nouveau sur les dangers de la prostitution clandestine, les résultats sanitaires d'une telle prohibition qui, en définitive, ne peut être désirable dans les conditions sociales actuelles.

L'ORIGINE DES CONTAMINATIONS VÉNÉRIENNES. — Nous nous proposons maintenant de citer brièvement quelques statistiques indiquant les origines respectives de contaminations vénériennes observées soit dans les dispensaires et les hôpitaux, soit dans les milieux militaires, soit encore dans la clientèle privée. Nous indiquerons ensuite quelles réserves il faut apporter

dans l'interprétation de celles mêmes qui sembleraient constituer un indice particulièrement probant, les statistiques militaires par exemple, « portant sur des effectifs stables, soumis à un contrôle régulier » (P. Gemähling), *véritables thermomètres de la prostitution*, a-t-on dit.

Les renseignements fournis par les médecins au Docteur H. Mallard, de Dijon, sur l'origine des maladies vénériennes qu'ils observaient, révélaient à quelques unités près, les sources suivantes (*Progr. Méd.* 20 juin 1931) :

SYPHILIS

Maisons de tolérance.....	6 %
Filles soumises	11 %
Autres origines	83 %

BLENNORRAGIE

Maisons de tolérance.....	9 %
Filles soumises	18 %
Autres origines	73 %

Les Docteurs Lucien Hudelo et Robert Rabut, ayant recherché l'origine des syphilis récentes observées au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, donnent, à propos des syphilis masculines, les résultats suivants (*Bull. Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, mai 1932) : sur 119 mariés, 27, soit 22 %, doivent la syphilis à leur femme. Les 92 autres et 242 célibataires « ont pris la syphilis *d'une façon irrégulière* », pour conserver l'expression de Fournier ; 50 % de ces 334 syphilis relèvent d'amitiés plus ou moins durables avec des femmes exerçant des professions diverses : employées,

domestiques, etc...; 40 % sont imputables aux prostituées de la rue, surveillées ou clandestines (les victimes ne peuvent le préciser); « viennent ensuite, pour 1/10 seulement, les contaminations effectuées dans les maisons de prostitution (maisons closes ou maisons de rendez-vous) ». Et les auteurs ajoutent : « ce chiffre peut paraître élevé, à ne considérer que le nombre de femmes surveillées (1). Il est cependant minime si l'on envisage le nombre des rencontres sexuelles dont ces maisons sont le théâtre ».

Une statistique publiée par Jeanselme et Burnier dans les *Annales des Maladies Vénériennes* et citée par le Docteur Mossé, indique que sur 100 cas de syphilis constatés, trois seulement ont été contractés en maison publique.

Le Professeur Gougerot a communiqué à la Société Française de Syphiligraphie les chiffres suivants pour 1928 :

Syphilis contractée avec des prostituées racolant dans la rue ou dans les lieux publics.....	58 %
Syphilis contractée avec des prostituées en maison	9 %
Syphilis contractée avec des bonnes de restaurants, des domestiques	7 %
Syphilis contractée avec des amies.....	9 %
Syphilis contractée avec des ouvrières d'usine....	5 %
Syphilis contractée avec des femmes légitimes....	4 %
Syphilis contractée avec des femmes mariées (non légitimes).....	1 %
Divers	7 %

Pendant l'année 1931, MM. Gougerot et Burnier, à l'hôpital Saint-Louis, ont recueilli des pourcentages de contaminations syphilitiques analogues (*Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, février 1932) :

(1) Environ 2.300 réparties dans 200 et quelques maisons.

Prostituées rencontrées dans la rue.....	54 %
Prostituées de maison.....	10 %
Femmes de rencontre (bal, café, etc...).....	13 %
Amies	10 %
Ouvrières, domestiques	6 %
Femmes légitimes	4 %
Hommes	1 %

Sur 300 cas de syphilis masculines récentes (chancre et accidents secondaires) observés en 1929, 1930 et 1931 à l'hôpital Cochin, les Docteurs M. Pinard et P. Vernier ont trouvé que 207 malades avaient été contaminés par des prostituées de rencontre, 67 par des petites amies, 22 par des prostituées de maison close, 4 par des femmes légitimes (*Bull. Soc. F. Derm. et S.*, avril 1932).

Dans l'*Avenir Médical* du 1^{er} février 1930, le Docteur Carle montre que sur 100 cas de blennorragies traitées dans son dispensaire, 10 venaient des maisons closes, 7 des maisons de rendez-vous, 15 des filles en carte ; le reste (68 %) était fourni par les employées de toutes espèces, les ouvrières, les femmes mariées, etc... Cette statistique, continuée depuis le 1^{er} janvier 1930, est restée dans les mêmes notes, avec une prépondérance de plus en plus marquée pour l'amie « qui travaille ».

Il serait fastidieux de poursuivre la liste de ces pourcentages. Quelle qu'en soit la provenance, leurs proportions ne varient pas sensiblement.

LA VALEUR DE CES STATISTIQUES. — Sans nier l'intérêt de ces statistiques, il faut cependant leur refuser ce caractère péremptoire et absolu qu'on leur a trop facilement accordé. Non seulement elles comportent

les difficultés communes aux statistiques médicales en général, mais les témoignages mêmes qui leur servent de base sont sujets à caution. Il faut donc apporter à leur interprétation une prudence particulière et se garder des déductions hâtives. La discussion des résultats d' « expériences » récentes nous montrera combien l'étude critique minutieuse d'une statistique de contaminations vénériennes peut modifier le sens de ses conclusions. A propos de la recherche de l'origine des contaminations, les Docteurs L. Hudelo et R. Rabut écrivent : « Un interrogatoire banal ne suffit plus ; il faut fouiller dans la vie privée du malade et obtenir de lui, non seulement la sincérité d'un aveu, mais la précision de souvenirs intimes. L'un et l'autre sont difficiles à recueillir, soit que le malade s'y refuse, soit qu'il mente, soit que, de bonne foi, il se trompe ou se perde dans la multiplicité des causes possibles d'infection. C'est pourquoi, toutes les fois qu'il nous a été possible de le faire, nous avons cherché la confrontation avec la partie incriminée, ce qui, nous devons l'avouer, n'a été qu'exceptionnellement réalisé » (*Bull. Soc. de Derm.*, mai 1932).

En effet, si les délais d'incubation de la blennorragie laissent le plus souvent à la victime le souvenir précis du contact infectant, ceux de la syphilis ne permettent fréquemment que des présomptions plus ou moins justifiées. De plus, il n'est pas exceptionnel que des malades fassent au médecin, intentionnellement, de fausses déclarations : « Huit fois sur dix, écrit le Docteur Bizard (*Bull. Méd.*, 14 février 1931), lorsqu'un malade accuse une femme de maison de l'avoir

contaminé, notre enquête fournit la preuve que cette femme a été faussement incriminée ; c'est toujours la femme de maison qu'on accuse, mais on oublie trop facilement la *petite amie* qui est pourtant fréquemment la vraie coupable. »

A propos des plaintes pour gonococcie, le Docteur Jean Bénech écrit, dans le même sens (*Proph. Antiv.*, juin 1932) : « J'insiste sur ce fait que beaucoup de soldats mettent sur le compte des maisons de tolérance où ils ne sont jamais allés, des gonococcies qu'ils ont contractées avec des bonnes de café ou des *payses*, les jours de sortie... Fréquemment il arrive que lorsqu'on veut mettre un plaignant en présence de la femme suspecte, il avoue qu'il y a erreur et les militaires font presque toujours défaut lorsqu'on veut faire la confrontation ». C'est là une nouvelle cause d'erreur qui n'est pas négligeable.

De telles statistiques subissent aussi l'influence de circonstances multiples et indépendantes des faits médicaux (conditions économiques, etc...). Le Docteur Batier a montré, à propos des statistiques militaires, combien les sources de la contagion vénérienne varient sous l'action d'événements fortuits, de mouvements de troupes par exemple. Or il faut, a-t-on dit, éviter d'attribuer à la doctrine ce qui est l'effet des conditions sociales. Toutes ces raisons prouvent avec quelle circonspection on doit interpréter des chiffres dont les bases sont parfois fragiles et contestables. A notre sens, l'état sanitaire des femmes de maisons, soumises à des examens et à des traitements réguliers, démontre de façon aussi probante que les statistiques les plus favorables la valeur pratique de cette surveillance.

LE REPÉRAGE DES FEMMES CONTAGIEUSES. — Pour peu que l'on cherche à préciser l'interrogatoire des nouvelles victimes de la blennorrhagie ou de la syphilis, on s'aperçoit qu'il est souvent très difficile d'obtenir des renseignements exacts sur la femme incriminée. S'il s'agit d'une isolée, le malade ne fournit ordinairement sur elle et sur son habitat que des indications vagues qui rendent fréquemment son repérage impossible. Si la coupable présumée est une clandestine, cela complique encore les recherches éventuelles. Pour la prostituée en maison, l'enquête est facile : le malade fournit immédiatement le nom ou le surnom de la femme qu'il soupçonne, son signalement, ou tout au moins l'adresse de l'établissement où il l'a rencontrée. Les vérifications, ainsi circonscrites, sont simples et rapides. Le Docteur A. Spillmann, évaluant les chances de succès, très variables, de ce genre d'enquêtes, s'exprime ainsi : « ...nombre de malades ont eu des rapports avec des femmes de rencontre, sur lesquelles ils ont peu ou pas de renseignements, ou que même ils ne veulent pas dénoncer de peur de complications diverses, alors qu'ils n'hésitent presque jamais à dénoncer les femmes cartées en ville et surtout les femmes de maisons de tolérance ».

CONSÉQUENCES SANITAIRES. — Or, la connaissance de l'origine des maladies vénériennes n'a pas seulement un intérêt documentaire et statistique. Elle permet, si l'on a réussi à la dépister et si l'on dispose à son égard d'une autorité médicale ou policière, d'examiner la femme incriminée et, s'il est utile, de la soigner aussitôt.

C'est un dangereux foyer de contagion que le service sanitaire supprime chaque fois qu'il alerté par une plainte contre une femme de maison par exemple, il conclut, après l'avoir soumise à un examen clinique minutieux complété le cas échéant par des recherches de laboratoire, à la nécessité de son isolement et de sa stérilisation. Ces recherches des porteuses de germes, poursuivies dans des conditions que l'on a récemment exposées ⁽¹⁾, ne sont pleinement profitables que si les renseignements apportés aux médecins par leurs malades vénériens sont systématiquement communiqués au service sanitaire. Il est à souhaiter que soit généralisée la pratique de cette collaboration dont les résultats, avec les médecins militaires en particulier, ont toujours été favorables.

Un fait subsiste : de la catégorie à laquelle appartient une femme accusée de contamination vénérienne dépendent la rapidité de son identification et la possibilité, si elle est contagieuse, de la rendre inoffensive.

Parfois les accidents contagieux constituent précisément pour les isolées une bonne raison de fuir la visite. Rien de tel n'est à craindre de la part des femmes de maisons qui d'ailleurs, dans les maisons closes du moins, ne peuvent quitter leur établissement qu'après avoir subi une visite médicale « de sortie » à laquelle les médecins apportent une attention particulière.

(1) Centenaire de A. Fournier, Conférence Internationale de Défense Sociale contre la Syphilis. Paris, mai 1932. *Rapport du Professeur Spillmann.*

En résumé, sachant qu'une contamination est attribuée à une prostituée de maison, on peut retrouver cette prostituée, l'examiner et, s'il est nécessaire, la soigner plus vite et surtout beaucoup plus sûrement que s'il s'agissait d'une prostituée cartée ordinaire et, *a fortiori*, d'une clandestine, toutes les recherches restant souvent, dans ce dernier cas, sans aucun résultat. Devenues contagieuses, elles ne risquent pas, on le conceit, de répandre longtemps leur mal autour d'elles ni de créer ces redoutables épidémies vénériennes qu'il n'est malheureusement pas exceptionnel de constater dans d'autres circonstances. (Docteur A. Spillmann, *op. cit.*)

Les quelques particularités sanitaires qui précèdent montrent comment les maisons de prostitution peuvent aider à la prophylaxie antivénérienne et dans quelle mesure, du point de vue de la santé publique, leur existence est justifiée. La sécurité qu'elles offrent ne dépend pourtant pas seulement des bonnes conditions de leur surveillance, mais aussi de l'efficacité des méthodes médicales actuellement utilisées. C'est dire qu'elle n'est pas absolue : mais il est essentiel d'avoir substitué un risque minime et improbable à un risque certain de contamination.

On a maintes fois reproché à la maison de tolérance d'inciter, par la « fausse sécurité » qu'elle offre à ses clients, de nombreux *abstentionnistes* à devenir des *pratiquants* presque malgré eux et quittes à en regretter bientôt la cuisante expérience. Cette fallacieuse garantie multiplierait ainsi le nombre des infections vénériennes. Bien qu'il exagère manifestement les dan-

gers des maisons de tolérance et sans doute aussi l'influence frénatrice du risque couru, un tel argument ne manque pas, en principe, d'une certaine justesse. On peut estimer cependant que l'inconvénient qu'il dénonce est négligeable s'il est compensé, et nous en sommes convaincu, par des avantages prophylactiques importants. « Accuser les maisons... écrit le Docteur Bizard, d'être une des causes de propagation des maladies vénériennes est, à mon sens, une absurdité : *la prostitution en maison étant certainement la plus discrète, la moins scandaleuse et surtout la moins dangereuse* ».

CHAPITRE VII

Les conséquences sanitaires de la suppression des maisons de prostitution

L'EXEMPLE DES PAYS ÉTRANGERS. — On cite habituellement à l'appui de la thèse abolitionniste l'exemple des nombreux pays étrangers où les maisons de prostitution ont été supprimées. Cette fermeture, qui selon les cas remonte à une époque plus ou moins éloignée, s'est le plus fréquemment accompagnée d'une suppression simultanée de toutes les autres formes de la prostitution « officielle ».

On ne peut qu'être frappé par l'ampleur d'un mouvement auquel participent l'Angleterre, la Suède, la Bulgarie, le Danemark, la Finlande, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, la Russie, la Suisse, etc... L'Allemagne à son tour fermait ses maisons de tolérance en 1927 ; plus récemment, la Roumanie suivait son exemple. Par contre, les pays d'origine latine sont généralement restés fidèles au système réglementariste. Les maisons de tolérance constituent même le seul mode de prostitution autorisé en Italie. Faut-il voir là simplement la marque de mentalités et de besoins différents ? Il est certain que ce ne sont pas des préoccupations médicales et sanitaires, mais des ten-

dances morales et sociales qui sont à la base de la doctrine abolitionniste, issue en 1875 d'une triple origine « anglaise, féminine et presbytérienne ».

Mais en aucun cas la suppression de la prostitution réglementée n'a entraîné du même coup la disparition de la prostitution elle-même ni de ses dangers.

Parmi tous les pays abolitionnistes, la prostitution ne joue probablement « un rôle effacé, presque négligeable », que dans ceux où s'est développée une pratique étendue de l'amour libre (1). Tous les auteurs s'accordent à estimer qu'ailleurs la prostitution, sous des aspects variables avec les nécessités du moment, n'a jamais cessé d'exercer des méfaits d'autant plus graves qu'elle n'est soumise à aucune action médicale régulière. En Allemagne, « les maisons de rendez-vous clandestines se sont multipliées... au grand détriment de la santé publique », affirme le Docteur Mallard (*Progr. Méd.*, 20 juin 1931). Selon le même auteur, en Angleterre, où il n'y a officiellement ni prostitution de rue ni maisons closes, « il ne faut pas être bien initié à la vie des grandes villes pour retrouver derrière la plus austère façade, la maison hospitalière où la rigidité de tenue des clients ne peut se comparer avec celle de l'extérieur ».

« Bien que théoriquement interdit à Berlin, écrit le Docteur Cavaillon (*Proph. Antiv.*, nov. 1930), le racolage y est pratiquement éhonté ». A Pétrograd, où comme dans toute la Russie la réglementation a été abolie, les prostituées pullulent. Selon l'opinion des

(1) D^r ALMKWIST, de Stockholm, cité par le D^r P. LÉPINE.

marins et des étrangers, cette ville ne le cède en rien aux autres ports pour la possibilité d'y contracter une maladie vénérienne à peu de frais. (Professeur M. Ikhteman, *Ann. des Mal. Vén.*, 1929).

Nous ne multiplierons pas ces témoignages. Ils n'autorisent guère à augurer de l'issue favorable des expériences analogues que l'on a pu tenter en France. De fait, elles ont toujours eu pour premier effet, en réduisant le nombre des prostituées médicalement surveillées, d'accroître d'autant l'activité des clandestines sans que la répression de celles-ci ait jamais pu, dans ces conditions, se révéler efficace ⁽¹⁾. A part celle de Colmar, où la suppression des maisons de tolérance remonte à une cinquantaine d'années, les expériences d'abolition les plus importantes ont eu lieu récemment, l'une à Strasbourg en 1926, l'autre à Grenoble en 1930. Ces « expériences » ont eu un tel retentissement et leurs résultats ont été jugés tellement édifiants par certains, que nous nous proposons de les analyser avec quelques détails. Le 1^{er} novembre 1931 Nancy, malgré l'éloquente intervention du Docteur C. Schmitt, supprimait à son tour ses maisons de tolérance soumises auparavant à une surveillance particulièrement bien organisée. Mais cette expérience est trop récente pour qu'on puisse déjà en tirer des conclusions.

Bien qu'elle n'intéresse pas directement notre sujet et qu'elle date de près de 30 ans, nous croyons cepen-

(1) Rappelons qu'une tentative d'abolition a entraîné récemment à Bruxelles des résultats si déplorables que le bourgmestre, M. Max, a décidé le retour à la réglementation.

dant utile de rappeler d'abord, à titre documentaire, la tentative abolitionniste de Lyon, dont la leçon n'a rien perdu de sa valeur.

LA TENTATIVE DE LYON. — En 1904 la Ligue des Droits de l'Homme prit en main la cause de la fille F..., arrêtée par trois agents pour racolage devant un café. Elle les fit poursuivre en justice et, le tribunal de Lyon s'étant déclaré incompétent, ils furent condamnés par la Cour d'Appel à 2.000 francs de dommages-intérêts et aux dépens. Ce fut le prétexte de conférences, de campagnes de presse, de manifestations tellement violentes que le Préfet du Rhône se vit contraint, pour y mettre un terme, « de laisser apposer dans la salle d'attente des filles à l'Hôtel de Police, une affiche leur disant que la visite n'était pas obligatoire, pas plus que l'internement à l'hôpital ». A l'Antiquaille, dans le service où étaient soignées les filles malades, des affiches leur indiquèrent également qu'elles n'étaient pas obligées de subir l'hospitalisation. Les conséquences ne tardèrent pas à se faire sentir : un grand nombre de filles refusèrent de se laisser examiner ; les malades refusèrent d'aller à l'Antiquaille ; celles qui y étaient traitées exigèrent leur sortie. La prostitution, contre laquelle la police était désarmée, s'étala dans les rues et provoqua des scènes tellement scandaleuses que des protestations et des pétitions affluèrent à la Préfecture, « demandant une énergique répression ». La morbidité vénérienne avait doublé en quelques mois. Une commission fut réunie par le Préfet du Rhône comprenant, outre des médecins, une délégation de la Ligue

des Droits de l'Homme, et l'on en revint à une organisation réglementée.

Au moment où elles courent le risque d'une expérience abolitionniste, il ne serait peut-être pas inutile de rappeler aux municipalités l'avertissement du Professeur Louis Spillmann :

« On veut aujourd'hui, dit-il, frapper un grand coup devant une opinion insuffisamment documentée, supprimer les maisons de tolérance et au besoin la réglementation, pour faire disparaître la débauche et le péril vénérien. Si une telle décision devait être prise immédiatement... elle n'améliorerait pas la question vénérienne et provoquerait, à coup sûr, une dangereuse augmentation de la prostitution libre... »

Pour qu'une telle mesure, intéressante évidemment, désirable même, soit efficace et inoffensive, il faut agir prudemment... Avant de la réaliser, il y a tout un programme à remplir, beaucoup plus digne d'intérêt et bien plus urgent que la suppression des maisons de tolérance. Il s'agit de modifier les mœurs et de préparer la jeunesse en l'éduquant et en la documentant ».

L'EXPERIENCE DE STRASBOURG. — C'est à la suite d'une campagne de la Ligue « *Pro Familia* » que la fermeture des maisons de tolérance de Strasbourg, groupées au nombre d'une douzaine, rue des Pêcheurs, fut décidée par l'autorité préfectorale du Bas-

Rhin. Elles furent effectivement fermées le 18 février 1926.

Il était intéressant, après cette suppression, d'observer tant son influence sur la prostitution clandestine que ses conséquences sanitaires. Ces deux questions apparaissent d'ailleurs liées l'une à l'autre quand on connaît la part de responsabilité imputable à la prostitution clandestine dans la diffusion des maladies vénériennes.

Les opinions émises à ce sujet par les différents auteurs sont fortement divergentes, et souvent déterminées, moins par une appréciation positive des réalités que par des tendances personnelles. De fait, si l'état de la prostitution dans une ville, son importance, ses modalités sont déjà diversement jugées selon les auteurs, l'accord n'est pas moins difficile à réaliser quand il s'agit, non d'observer et d'apprécier des faits, mais d'interpréter des chiffres. « La statistique est ardue dans l'élaboration de ses tableaux constitutifs. Elle est bien plus ardue encore dans l'interprétation, dans la traduction pratique des chiffres globaux obtenus » (1). Nous aurons l'occasion de le vérifier à propos des statistiques strasbourgeoises.

Au début de l'année 1930, une commission composée du Docteur Cavaillon, du Docteur Lévy-Bing, médecin de Saint-Lazare et de Mme Avril de Sainte-Croix, présidente du Conseil National des Femmes Françaises, était « unanime à penser que dans la pra-

(1) L'interprétation des statistiques en médecine, par M. Paul CHAVIGNY. (*Conc. Méd.*, 22 février 1931.)

tique la situation de la prostitution clandestine était restée la même » qu'avant la fermeture des maisons closes. (*La Prophyl. Antiv.*, mai 1930). Cette opinion restait, semble-t-il, au-dessous de la réalité et le développement de la prostitution clandestine était plus considérable qu'elle ne le laissait supposer ; la même année, en effet, deux médecins, le Docteur Henri Drouin, de Paris et le Docteur J. Lacassagne, de Lyon, eurent l'un et l'autre l'idée d'aller étudier *in anima vili* les conséquences de la fermeture. Leurs observations furent similaires. Le Docteur Lacassagne a relaté les siennes dans un article du « *Siècle Médical* » (1^{er} déc. 1930) : « Il serait bien naïf, écrit-il, de supposer un seul instant qu'on puisse d'un simple trait de plume préfectorale, soustraire une centaine de filles publiques à une grande ville sans qu'immédiatement, comme par une sorte de phénomène de vases communicants, un afflux indigène ou étranger de femmes pratiquant l'amour vénal ne vienne combler le vide et rétablir le niveau ». En effet, si les maisons autrefois lumineuses et bruyantes de la rue des Pêcheurs étaient devenues « mornes et silencieuses », l'enquête à laquelle se livra l'auteur et qu'il rapporte avec tout le pittoresque du détail authentique, lui montra sous quelle forme la prostitution, loin de disparaître, prospérait au contraire, en se camouflant plus ou moins. Il visita ces estaminets, ces bars, ces cafés spéciaux où « des serveuses plus ou moins appétissantes et en nombre variable sont à la disposition de la clientèle ». Dans un certain nombre de dancings les clients peuvent recourir aux services de prostituées habituelles et

surtout occasionnelles, employées, dactylos, dont les « frêles vertus » ont cédé à des désirs qui autrefois s'adressaient ailleurs. Le Docteur Drouin cite les magasins qui, en réalité, ne sont que des lieux de prostitution déguisés, confiseries, ganteries, chemiseries.

Toutes ces formes de prostitution clandestine — qui existaient avant la suppression des maisons closes — ne sont certes pas l'apanage de Strasbourg, mais cette suppression, jointe aux rigueurs que les femmes en carte y subissent de la part de la police, a nécessairement favorisé leur extension.

Dans ces conditions, l'activité de la prostitution clandestine étant accrue, aucune surveillance médicale n'en diminuant le danger, il devait logiquement s'en suivre une augmentation de la morbidité vénérienne. A ce point de vue les chiffres qui ont suscité les controverses auxquelles nous ferons allusion émanent pour la plupart des statistiques de l'Armée visant cette morbidité dans la garnison de Strasbourg, avant et après la suppression des maisons closes. « La réduction des cas relevés dans la garnison de Strasbourg, a écrit M. Gemähling, est, il faut le souligner, particulièrement probante... Les observations recueillies dans de telles conditions apparaîtront à quiconque est doué du moindre esprit scientifique, comme constituant une véritable expérience de laboratoire dont les résultats peuvent être tenus pour décisifs ».

Or le Professeur P. Chavigny, dans un article que nous avons déjà cité, écrit, à propos des courbes mentionnées par M. Gemähling, représentant les maladies vénériennes (blennorragie, chancre mou, syphilis)

contractées dans la garnison de Strasbourg de 1922 à 1929 : « ...il peut, en effet, apparaître à un premier examen que, dans leur ensemble, les courbes représentées ont une marche assez nettement descendante après le trait vertical qui marque la date de fermeture des maisons publiques ». Mais ayant noté dans la statistique générale de l'Armée un abaissement marqué à la même époque pour l'ensemble des garnisons de l'Intérieur, et plus encore pour celles du Maroc et de l'Armée du Rhin (courbe d'évolution de la syphilis), il conclut qu'on n'en saurait attribuer le mérite, en ce qui concerne Strasbourg, à la fermeture des maisons de prostitution de cette ville. « La fermeture des maisons de tolérance à Strasbourg s'est produite à une période favorable de l'évolution statistique. Il faut surtout conclure à un hasard heureux lorsqu'on vient à constater que la statistique de Strasbourg a enregistré des résultats qui, avant toute critique, semblaient favorables ».

La diminution des maladies vénériennes a été marquée à Strasbourg, comme sur le reste du territoire, de 1921 à 1926. Immédiatement après la fermeture des maisons on observe une recrudescence des contaminations syphilitiques qui diminuent à nouveau pour arriver à un chiffre très bas en 1929, ce qui fit dire au Professeur Pautrier que cette diminution des maladies vénériennes avait *coïncidé à 4 ans près* avec la fermeture des maisons.

Un médecin strasbourgeois, le Docteur Batier, a repris d'une façon minutieuse l'étude critique de cette statistique en insistant en particulier sur le rôle des

changements qualitatifs survenus dans la composition des troupes de la garnison. Nous pensons qu'il sera intéressant de citer ici une partie des conclusions de son étude. (« Une expérience de laboratoire ». *Siècle Médical*, 1^{er} décembre 1931).

« Les heureux effets que l'on a attribués à la suppression des maisons closes de Strasbourg sur la morbidité syphilitique de la garnison ont été constatés généralement dans l'armée française toute entière ; le maximum de l'amélioration n'a pas été constaté à Strasbourg...

« Jusqu'en 1929 seulement, les variations qualitatives des effectifs fournissent une explication rationnelle des variations que présente à Strasbourg cette morbidité.

« Depuis 1928, la courbe de la morbidité syphilitique dans la garnison strasbourgeoise monte d'une manière impressionnante, alors que reste sensiblement stationnaire la courbe de la même morbidité pour les effectifs français de la métropole.

La part proportionnelle de la primo-infection syphilitique augmente constamment depuis trois ans à Strasbourg dans la morbidité syphilitique générale, elle-même en augmentation constante ».

Les conclusions du Docteur Batier, peu favorables à la thèse abolitionniste, ne peuvent surprendre le médecin. Elles montrent que les conséquences sanitaires de « l'expérience de Strasbourg » n'ont pas été meilleures que ses conséquences morales.

L'EXPERIENCE DE GRENOBLE. — A l'exemple de Strasbourg, le Député-Maire de Grenoble signa le 20 septembre 1930, un arrêté abolissant dans cette ville d'une façon encore plus complète que dans la capitale alsacienne toute réglementation de la prostitution, aussi bien en carte qu'en maison. Les articles de cet arrêté contiennent, outre les mesures supprimant les maisons de débauche et interdisant le racolage, le détail des mesures s'appliquant aux « personnes tenant hôtel, maison meublée, chambres garnies, café, cabaret, débit de boissons, ou tout autre établissement ou local ouvert au public... » qui pourraient favoriser l'exercice de la prostitution.

Cet arrêté, entré en vigueur le 1^{er} janvier 1931 énumère enfin les sanctions pénales auxquelles s'exposent celles et ceux qui en enfreindraient les dispositions. Il devait donc rendre impossibles les manifestations de la prostitution sous toutes ses formes. Quelle devait être, en pratique, son efficacité réelle?

Pour être éclairé à ce sujet il suffit de lire les résultats de l'enquête que le Docteur J. Lacassagne fit à Grenoble exactement un mois après l'entrée en vigueur de l'arrêté municipal (1). Elle devait lui apprendre que si les quatre anciennes maisons publiques étaient effectivement fermées, par contre, sans préjudice du racolage en ville, l'activité de toutes les « brasseries de femmes » qui toujours ont constitué un type de prostitution assez spécial à Grenoble n'avait, elle, jamais été

(1) « Ce que j'ai vu à Grenoble », par le D^r J. LACASSAGNE. (*Siècle Médical*, 15 mars 1931.)

plus florissante. « Elles manquaient de personnel, leur clientèle ne cessant d'augmenter depuis la fermeture des maisons ». Nous avons constaté par nous-même que le tableau de ces brasseries, tel que l'a tracé le Docteur J. Lacassagne, est rigoureusement exact. Ce sont bien ces « salles exigües », ces arrière-boutiques, ces soupentes obscures et basses, avec « dans un coin, par terre, une cuvette d'émail et un broc d'eau, dans un angle un vague lit de sangle au revêtement pollué ». Les chalands ne manquent pas : « Les couples se succèdent sans relâche dans ces innommables taudis ».

Ainsi donc, les maisons closes supprimées, la première conséquence en est le regain d'activité dont bénéficient des repaires *clandestins*, bien qu'ostensibles, au nombre de cinquante ou soixante, fonctionnant, à de rares exceptions près, dans les conditions les plus répugnantes et les plus dangereuses. Quant au racolage, il sévissait toujours.

Bien qu'une mesure administrative ait « d'autant plus de chances d'être rigoureusement appliquée qu'elle est récente », on pouvait cependant faire remarquer qu'un mois seulement s'était écoulé depuis la mise en vigueur de l'arrêté et que cette durée était peut-être trop brève pour permettre d'en juger équitablement les effets. Il n'en était rien : un peu plus d'un an après cette première enquête, le docteur Lacassagne, devant le reproche de l'avoir entreprise prématurément, décida d'apprécier à nouveau personnellement l'état de la tentative de Grenoble. Il constata — ce qui peut paraître assez surprenant — que non seulement les différents établissements clandestins poursui-

vaient leur fructueux commerce, mais que les ci-devant maisons closes elles-mêmes, plus ou moins transformées, « après une interruption momentanée, avaient retrouvé leur destination première ». (« Le Fiasco de l'expérience de Grenoble ». *Siècle Médical*, 1^{er} mars 1932). Le fonctionnement de l'une était en tous points identique à celui d'une maison close. (« Dès l'arrivée du client, une des pensionnaires fait sans ambages ses offres de service »). Une autre s'était convertie en dancing, (« de vénales Terpsychores, venues du dehors, sont à la disposition immédiate du client »). Les deux dernières s'étaient muées en hôtel de passe et café. Nous avons du reste eu nous-même l'occasion de vérifier quelques jours plus tard cet édifiant résultat qui démontre seulement avec évidence la difficulté qu'une ville éprouve devant la persévérance de la prostitution, officiellement supprimée, à s'organiser en dehors de tout contrôle.

On conviendra qu'il y a quelque exagération à attribuer à une « expérience » qui s'est terminée ainsi, une valeur démonstrative en faveur de la thèse abolitionniste.

CONCLUSIONS

La prostitution — phénomène social dont la disparition reste problématique — est responsable, pour une large part, de la dissémination des maladies vénériennes.

Il importe donc non seulement de la viser dans ses causes morales et économiques, mais aussi de la surveiller dans ses manifestations. Ce contrôle, qui de nos jours tend à perdre son caractère policier pour devenir avant tout sanitaire, est d'autant plus nécessaire qu'il n'existe pas en France de législation concernant le proxénétisme, le racolage et la transmission des maladies vénériennes.

Les maisons de prostitution, les maisons closes mieux encore que les maisons de rendez-vous, se prêtent particulièrement à la surveillance facile et efficace d'une profession éminemment insalubre. Les femmes peuvent y être soumises à des examens cliniques, bactériologiques et sérologiques systématiques, ainsi qu'à des traitements réguliers qui diminuent, dans les limites médicalement possibles, leurs risques de contagion, surtout syphilitique, vis-à-vis d'une clientèle particulièrement dense.

Les faits démontrent d'ailleurs qu'elles constituent la catégorie de prostituées de beaucoup la moins dangereuse.

D'autre part c'est parmi elles que le dépistage des

porteuses de germes, leur isolement et leur traitement peuvent être réalisés de la façon la plus rapide et la plus sûre quand elles sont l'objet de plaintes privées ou officielles leur attribuant des contaminations vénériennes.

C'est dans les maisons de prostitution enfin que les conditions matérielles facilitent le plus les précautions d'hygiène que les pensionnaires observent habituellement et les mesures de prophylaxie individuelle qu'il est loisible à leurs clients de prendre.

Il nous semble, en l'état actuel des mœurs, prématuré et imprudent de procéder dans notre pays à la suppression générale de ces maisons, d'autant plus que les arguments invoqués en sa faveur sont surtout basés sur des considérations extra-médicales qui souvent — l'état d'esclavage où les femmes de maison seraient tenues en est un exemple — ne correspondent plus à la réalité.

Les expériences tentées récemment par quelques villes françaises ne peuvent qu'affirmer le danger dont la santé publique est menacée par une telle suppression qui, toutes les enquêtes médicales l'ont démontré, provoque invariablement, avec les conséquences sanitaires qui en résultent, une augmentation de la prostitution clandestine ou la simple continuation, sur place, d'un commerce devenu clandestin.

Cette fermeture serait particulièrement inopportune dans les grandes agglomérations urbaines, les villes de garnison, les ports de guerre et de commerce, les villes industrielles, où l'élément mâle et célibataire est important.

Il est à souhaiter que l'on s'attache à perfectionner la surveillance sanitaire et hygiénique de ces maisons, en lui donnant plus d'uniformité. La circulaire ministérielle de 1919 et, récemment, celle du 3 juillet 1929 rédigée sous la direction de M. le docteur Cavaillon, fournissent à cet égard des indications très précises et très justes. Il suffirait aux différentes municipalités de s'en inspirer et d'adopter l'organisation d'un certain nombre de villes qui peuvent en la matière servir de modèles (Brest, Lyon, Rouen, Saint-Etienne...). Il n'est cependant possible de la réaliser avec son efficacité complète que dans les localités disposant de médecins spécialisés, de laboratoires, de salles d'hospitalisation ; la valeur même d'une telle surveillance en dépend.

La surveillance sanitaire des maisons de prostitution doit rester, au moins provisoirement, une arme de plus contre le fléau vénérien. Elle a sa place, dans une sage réglementation, à côté du contrôle des autres formes de la prostitution d'une part, de la lutte contre la prostitution clandestine d'autre part. Ces différents facteurs ne sauraient être actuellement séparés de l'action des dispensaires dans la lutte sociale contre les maladies vénériennes.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 9 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY (Ch.) et CHATELLIER. — La sérologie des prostituées à Toulouse. (*Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.* Séance du 12 janvier 1928.)
- BATIER (G.). — Une expérience de laboratoire. (*Siècle Médical*, 1^{er} décembre 1931.)
- BÉNECH. — Bilan de la syphilis chez les prostituées. (*Ann. des Mal. Vén.*, octobre 1931.)
- BÉRAULT (G.). — La maison de tolérance considérée au point de vue hygiénique et social. (*Thèse*, Paris, 1903.)
- BIZARD (L.). — Au sujet de la syphilis. (*Bulletin Médical*, 14 février 1931.)
- La fréquence des syphilis sans chancre et des syphilis sérologiques chez la femme. (*Siècle Médical*, 25 juin 1931.)
 - La mort lente des « maisons » de Paris. (*Siècle Médical*, 17 septembre 1931.)
 - Le résultat de la réaction de Wassermann chez les femmes de maisons de prostitution. (*Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, 12 juillet 1928.)
 - Le dispensaire de salubrité de la Préfecture de Police. (*Annales d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale*, juillet 1931.)
- BIZARD (L.) et BRALEZ. — Statistiques des syphilis contagieuses observées chez les prostituées parisiennes, 1910-1921. (*Ann. des Mal. Vén.*, 1922.)
- BOIRON. — La prostitution dans l'histoire, devant le droit, devant l'opinion. (Berger-Levrault, Paris, 1926.)
- CARLE. — La prophylaxie des maladies vénériennes. (Doin, 1921.)

- Quelques réflexions au sujet de l'expérience de Strasbourg. (*Bulletin Médical*, 26 juillet 1930.)
- Les clandestines. Etude étiologique et prophylactique. (*Ann. des Mal. Vén.*, décembre 1931.)
- CARLE et LACASSAGNE (J.). — Les conséquences morales de la suppression des maisons closes. (*Siècle Médical*, 1^{er} décembre 1930 et 1^{er} janvier 1931.)
- CAVAILLON. — Les législations antivénériennes dans le monde. (A. Maloine, 1931.)
- CHAVIGNY (P.). — La lutte contre les maladies vénériennes. (*Siècle Médical*, 1^{er} mai 1932.)
- Psychologie d'une campagne. La suppression des maisons de tolérance. (*Concours Médical*, 8 novembre 1931.)
- L'interprétation des statistiques en médecine. (*Concours Médical*, 22 février 1931.)
- FIAUX (L.). — La police des mœurs devant la commission du service des mœurs. (Paris, Alcan, 1910.)
- FORGET-URION (Mme le D^r C.). — La dangereuse équivoque. Le contrôle médical des prostituées. (*Les Archives du Droit Médical et de l'Hygiène*, n° du 15 octobre 1931.)
- GASTOU (Paul). — La lutte antivénérienne dans l'armée. (*Bull. de l'Union Féd. des Méd. de Rés.*, avril 1928.)
- GATÉ (J.) et CUILLERET (P.). — Le traitement des prostituées hospitalisées dans le service hospitalier de dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille. (*Ann. des Méd. Prat. de Lyon et du Sud-Est*, avril 1931.)
- GEMAHLING (P.). — L'exemple de Strasbourg. (Bordeaux, 1928.)
- GERBENNE (P.). — Un essai de réglementation sanitaire de la prostitution. Le service sanitaire de Lyon. (*Thèse Lyon*, 1930.)
- GILLET (H.). — Prophylaxie antivénérienne et maisons de prostitution. (*Paris Médical*, 23 octobre 1926.)

- HUDELO (L.) et RABUT (R.). — Dans quelles conditions prend-on la syphilis ? (*Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, mai 1932.)
- JANET (J.). — Diagnostic et traitement de la blennorrhagie. (Paris, Masson, 1930, p. 41.)
- JEANNEL. — De la prostitution dans les grandes villes au XIX^e siècle et de l'extinction des maladies vénériennes. (Paris, 2^e éd., 1874.)
- LACASSAGNE (J.). — Ce que j'ai vu à Grenoble. (*Siècle Médical*, 15 mars 1931.)
- Le fiasco de l' « expérience de Grenoble ». (*Siècle Médical*, 1^{er} mars 1932.)
- LAURENT (Ch.). — Les résultats de la lutte antivénérienne à Roanne et à Firminy. (*La Loire Médicale*, mai 1932.)
- LEGRAND-FALCO (Mme). — La réglementation de la prostitution. (*Prophyl. Antiv.*, juin 1931.)
- LOCARD. — Prostitution et surveillance des criminels. (*Ann. des Méd. Prat. de Lyon et du Sud-Est*, avril 1931.)
- MALLARD (H.). — Le contrôle de la prostitution. (*Progrès Médical*, 20 juin 1931.)
- MOSSÉ (P.). — La lutte contre la prostitution. (*Les Cahiers des Droits de l'Homme*, 10 octobre 1931.)
- NICOLAS (J.). — Les bonnes raisons d'une sage réglementation. (*Ann. des Méd. Prat. de Lyon et du Sud-Est*, avril 1931.)
- PARENT-DUCHATELET. — De la prostitution dans la Ville de Paris. (Paris, 1836.)
- PAUL-BONCOUR (G.). — Quelques considérations sur la prostitution des mineures. (*Progrès Médical*, 14 novembre 1931.)
- PAYENNEVILLE. — La lutte antivénérienne à Rouen. (*Ann. des Mal. Vén.*, 1923, p. 495.)
- SABATIER (M.). — Histoire de la législation sur les femmes publiques et les lieux de débauche. (Paris, J. P. Rotet, 1828.)

- SAINT-PAUL (Médecin Général G.). — Prostitution, maisons de tolérance et prophylaxie. (*Progrès Médical*, 21 mars 1931.)
- SIAU (J.). — La prostitution devant la loi, la morale et l'hygiène. (*Thèse*, Lyon, 1931.)
- SPILLMANN (A.). — Syphilis épidémique et porteurs de germes. (*Thèse*, Nancy, 1932.)
- SPILLMANN (L.). — Centenaire d'Alfred Fournier. *Conférence internationale de défense sociale contre syphilis*. (Paris, 9-12 mai 1932.)
- TOURAINÉ et RENAULT. — A quel âge les prostituées contractent-elles la syphilis ? (*Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, mai 1932.)
- ZWILLER (Mlle). — La question du maintien des maisons de tolérance. (*Revue Française de Dermatologie*, N° 11, 1927.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	15
CHAPITRE II. — La surveillance médicale des mai- sons de prostitution.....	23
CHAPITRE III. — La valeur du contrôle sanitaire des femmes de maisons.....	48
CHAPITRE IV. — L'état sanitaire des prostituées de maisons	64
CHAPITRE V. — Maisons de prostitution et prophy- laxie individuelle des maladies vénériennes.....	76
CHAPITRE VI. — Les maisons de prostitution et la propagation des maladies vénériennes.....	82
CHAPITRE VII. — Les conséquences sanitaires de la suppression des maisons de prostitution.....	97
CONCLUSIONS	111
BIBLIOGRAPHIE	115



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



